

Année 1967

N° d'Ordre 66

LA LISTERIOSE NÉO - NATALE

à propos de 30 observations recueillies à l'Hôpital Debrousse
de 1963 à 1966

THÈSE

Présentée

A LA FACULTÉ MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 12 Mai 1967
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

PORTE Anny

Ancienne externe des Hôpitaux de Lyon

Née le 9 Juin 1939

à LYON



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553403_0001

Année 1967

N° d'Ordre 66

LA LISTERIOSE NÉO - NATALE

à propos de 30 observations recueillies à l'Hôpital Debrousse
de 1963 à 1966

THÈSE

Présentée

A LA FACULTÉ MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 12 Mai 1967
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

PORTE Anny

Ancienne externe des Hôpitaux de Lyon

Née le 9 Juin 1939

à LYON

EDITIONS DE L'A. G. E. L.

20, Rue François-Garcin - LYON (3°)

1967

LA LISTÉRIOSE NÉO-NATALE

à propos de 30 observations recueillies à l'Hôpital Dabrousse
de 1963 à 1988

THÈSE

Présentée

À LA FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 15 mai 1987
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

ROBERT AMY

né le 15 mai 1958 à Lyon

et à 9 ans 1968



FACULTE MIXTE DE MEDECINE
ET DE PHARMACIE DE LYON

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyens Honoraires :

M. J. LEPINE - Membre de l'Institut
M. H. HERMANN - Correspondant de l'Institut

Doyen:

M. J. F. CIER

Assesseurs :

M. M. LEVRAT
M. J. DORCHE

Conseiller Administratif :

M. H. PRUVOST

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PATEL - LEPINE - TRILLAT - GARIN - GATE - MARTIN -
GABRIELLE - SANTY - DUCLOS - GUILLEMINET - HERMANN -
ROCHET - POLLOSSON - ENSELME - WERTHEIMER - SARROUY -
BANSILLON - DECHAUME - LACROIX

PROFESSEURS

MM. J. CIBERT	Clinique urologique
P. PONTUS	Physique biologique (détaché à Beyrouth)
M. CHAMBON	Chimie organique et toxicologie
F. PAUPERT-RAVAULT	Clinique médicale B
R. FROMENT	Clinique et prophylaxie cardio-vasculaires
P. CROIZAT	Clinique médicale C
P. MALLET-GUY	Clinique chirurgicale A
L. REVOL	Pharmacie galénique
H. PIGEAUD	Clinique obstétricale
J. BOURRET	Médecine du Travail
M. LEVRAT	Clinique médicale A
R. SOHIER	Bactériologie - Virologie - Immunologie
G. NETIEN	Botanique et Cryptogamie
P. BERTRAND	Clinique chirurgicale C
A. BADINAND	Chimie analytique pharmaceutique
B. DREVON	Pharmacie chimique et Pharmacologie
L. ROCHE	Médecine légale et Déontologie
J. COUDERT	Parasitologie et Pathologie exotique
P. MOUNIER-KUHN	Clinique d'Oto-Rhino-Laryngologie et d'Audiophonologie

MM. L. PAUFIQUE	Clinique Ophtalmologique
H. THIERS	Clinique de Dermatologie, Syphiligraphie et Allergologie
J. BRUN	Clinique de Pneumophtisiologie
J. CREYSSEL	Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique
M. DARGENT	Clinique carcinologique
M. BERGER (1)	Physique nucléaire appliquée à la Médecine
A. GUICHARD	Anatomie pathologique
P. GIRARD	Pathologie générale et expérimentale
M. GIRARD	Clinique médicale D
M. LATARJET	Anatomie
R. PEYCELON	Clinique chirurgicale B
A. VACHON	Pathologie médicale
P. GALY	Physio-pathologie des voies respiratoires
J. PAPILLON	Radiologie
M. JEUNE	Clinique médicale infantile et Hygiène du 1er âge
A. GONIN	Thérapeutique
P. MONNET	Clinique médicale infantile B
J. CHATONNET	Physiologie B
P. GUINET	Clinique endocrinologique
H. COLLET (1)	Chimie générale et pharmaceutique
A. TRILLAT	Clinique de Chirurgie orthopédique
Ch. FREIDEL	Clinique stomatologique
J. MARION	Clinique de Chirurgie et d'Orthopédie infantiles
J. DORCHE	Matière médicale et Législation pharmaceutique
L. MANSUY (1)	Neurochirurgie
L. REVOL (1)	Hématologie
LECUIRE (1)	Neurochirurgie
LIATIAS (1)	Clinique chirurgicale propédeutique
L. PERROT	Chimie
J.F. CIER	Physiologie A
J. PERRIN	Thérapeutique chirurgicale et Chirurgie opératoire
P. GOINARD (1)	Clinique thérapeutique chirurgicale et chirurgie expérimentale
P. MICHAUD	Clinique de Chirurgie cardiaque
M. PONT (1)	Médecine générale
J. TRAEGER (1)	Pathologie métabolique et rénale
J. MATHIEU	Clinique gynécologique
G. FAUCON	Biologie médicale et Pharmacodynamie
A. BERTOYE	Clinique des Maladies infectieuses
G. VIGNON	Hydrologie thérapeutique, Climatologie et Ecologie sociale
D. VINCENT	Biochimie appliquée
A. CIER	Pharmacodynamie
L. COLOBERT	Chimie biologique et médicale
X.....	Pathologie chirurgicale

(1) Professeurs à titre personnel.

MM. X..... Clinique neuro-psychiatrique et d'Hygiène mentale
 X..... Physiologie et Pathologie obstétricales
 X..... Hygiène et Action sanitaire et sociale
 X..... Histologie et Embryologie

PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM. ROMAN	Parasitologie
FEROLDI	Anatomie pathologique
MORET	Physique biologique
ODDOUX	Botanique et Cryptogamie
de SOLLIERS	Chimie analytique
DESPIERRES	Médecine générale
GARIN	Parasitologie
TOLOT	Médecine du Travail
THIVOLET	Hygiène
MALLEIN	Chimie analytique
PINET	Electro-Radiologie
COLOMB	Dermatologie

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES TITULAIRES

MM CREYSSEL R.	Chimie biologique
GUYOTAT	Neuro-psychiatrie
DESCOTES	Chirurgie générale
JOUVET	Pathologie expérimentale
PEYRIN	Physique biologique
TOMMASI	Anatomie pathologique
BUFFARD	Electro-radiologie
LEJEUNE	Médecine générale et thérapeutique
de MOURGUES Fr.	Stomatologie
NAUSSAC	Maladies infectieuses
REBOUILLAT	Chirurgie générale
ROMAGNY	Pédiatrie
DELAHAYE	Médecine générale
DELEUZE	Anesthésiologie
GIRAUD	Electro-radiologie diagnostic et thérapeutique
MICHEL	Anesthésiologie
FRANCOIS	Pédiatrie et Puériculture
MICHOULIER	Chirurgie générale
LAMBERT	Médecine générale
FRIES	Médecine générale
GILLY	Pédiatrie
ROBERT	Médecine générale
BOUCHET	Anatomie
BETHENOD	Pédiatrie
GERMAIN	Immunologie, sérologie, hématologie

MM. KALB	Pneumo-phtisiologie
LARBRE	Pédiatrie
SOUSTELLE	Chirurgie générale
VIALA	Médecine générale
VINCENT	Bactériologie, parasitologie, virologie
GIROD	Histologie et Embryologie
GRAS	Chimie biologique
COLIN	Médecine légale
BERTRAND	Chimie biologique
MARET	Chirurgie générale
VIALLIER-RAYNARD	Bactériologie
CHOLLAT	Electro-radiologie
FLEURETTE	Bactériologie
FLANDROIS	Physiologie
MOREL	Hématologie
TERMET	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FREDERICH	Pharmacologie
DAUDET	Chirurgie infantile
BRUNE	Médecine générale et Thérapeutique
LOMBARD-PLATET	Chirurgie générale
BOUVIER	Rhumatologie
FREYCON	Pédiatrie
LAPRAS	Neuro-chirurgie
PELLET	Physiologie
DUQUESNEL	Electroradiologie
DEJOUR	Orthopédie et Traumatologie
MOULIN	Dermato-Vénérologie
PERRIN-FAYOLLE	Pneumo-phtisiologie
PALIARD	Médecine générale et Thérapeutique
MORGON	O. R. L.
PAUPERT-RAVAULT	M. Ophtalmologie
MOTIN	Anesthésiologie
PASQUIER	Médecine générale et Thérapeutique
VAUZELLE	Anatomie pathologique
CZYBA	Histologie et Embryologie
CABANAC	Physiologie
TOURAINÉ	Pneumo-phtisiologie
BEL	Médecine générale et Thérapeutique
CHARVET	Gynécologie obstétrique
MAYER	Cancérologie
SISTERON	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
BRAILLON	Anatomie et Chirurgie générale
VILLIERS	Chirurgie générale
LOUISOT	Chimie biologique et Chimie des Explorations fonctionnelles
COURJON	Neuro-Psychiatrie
MORNEX	Médecine générale

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES STAGIAIRES

MM. FAVRE-GILLY	Hématologie
RIFFAT	Hygiène
ROLLET	Pharmacie galénique
BIZOLLON	Physique

AGREGES EN EXERCICE

MM. BONAMOUR	Ophtalmologie
FRANCILLON	Chirurgie générale
NOTTER	Gynécologie obstétricale
de MOURGUES G.	Chirurgie générale
DUMONT Martial	Obstétrique
SCHOTT	Neuro-psychiatrie
DEVIC	Médecine générale
SAUBIER	Chirurgie générale
DURAND	Urologie
HUGONNIER	Ophtalmologie
ALLEGRE	Neuro-chirurgie
GARDE	Médecine générale
FAYSSE	Orthopédie
GAILLARD	Oto-rhino laryngologie
PERRIN A.	Médecine générale
NORMAND	Médecine générale
MOUNIER-KUHN A.	Chirurgie générale
CHASSARD	Electro-radiologie
GARMIER	Obstétrique
DUMAS	Stomatologie
SCHNEPP	Orthopédie
NOEL	Médecine générale

Examineurs de la Thèse :

- Président : M. le Professeur JEUNE
.....

- Assesseurs : MM. Professeur BERTOYE
.....
Professeur Agrégé BERTHENOD
Professeur Agrégé LARBRE

A NOTRE PRESIDENT DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR JEUNE

Professeur de Clinique médicale infantile
et hygiène du premier âge.

Nous avons eu la chance de bénéficier de son enseignement pendant un semestre d'externat.

La rigueur de son raisonnement et la clarté de son esprit ont été pour nous un guide précieux.

Nous le remercions pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant de présider notre thèse.

Qu'il nous soit permis de lui témoigner notre vive reconnaissance, et de l'assurer de notre respectueux dévouement.

A NOS JUGES.

A Monsieur le Professeur BERTOYE

Il est pour nous un exemple d'humanité et de science. Il a bien voulu s'intéresser à notre travail. Nous lui sommes très reconnaissante de siéger parmi nos juges.

A Monsieur le Professeur agrégé BETHENOD

Par son enthousiasme il nous a fait participer à ses connaissances, pendant un semestre pour nous inoubliable. Il nous a confié ce travail et guidée dans sa réalisation. Nous espérons ne pas l'avoir déçu.

A Monsieur le Professeur agrégé LARBRE

Nous n'avons pas été son élève et nous le regrettons. Nous le remercions de nous faire l'honneur de juger ce travail.

A Monsieur le Professeur PLAUCHU

Nous avons été sa stagiaire pendant un an.
Il a guidé avec enthousiasme et autorité nos premiers pas
dans notre vocation. Nous lui exprimons notre reconnaissance
avec respect et sincérité.

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX
PENDANT NOTRE EXTERNAT

Monsieur le Docteur BERAUD

Monsieur le Docteur JAUBERT DE BEAUJEU

Monsieur le Professeur BERTOYE

Monsieur le Docteur MARTIN

Monsieur le Professeur DESPIERRES

Monsieur le Professeur Agrégé BETHENOD

Monsieur le Professeur JEUNE

Monsieur le Professeur Agrégé GARDE

A CEUX QUI ONT CONTRIBUE A L'ELABORATION DE CE
TRAVAIL

A Monsieur le Docteur NIVELON

Nous le remercions de la grande bienveillance
dont il a fait part. Ses conseils nous ont été précieux.

Qu'il trouve ici l'expression de toute notre
gratitude.

A Mademoiselle CHASSIGNOL

Nous lui sommes reconnaissante de l'aide qu'elle
nous a toujours aimablement accordée.

A LA MEMOIRE DE MON BEAU-PERE

A MA MERE , A MON PERE

Qu'ils trouvent ici le remerciement pour leurs nombreux
sacrifices.

A MON MARI ; A PIERRE ET GILLES , MES ENFANTS

A MON FRERE

A MA BELLE-MERE

A MA FAMILLE ET BELLE FAMILLE

A MES AMIS

LA LISTERIOSE NEO-NATALE

INTRODUCTION

En quatre ans, de 1963 à 1966, à l'Hôpital Debrousse , dans le service du Professeur JEUNE (Clinique médicale infantile et hygiène du 1er âge), dans le service du Professeur agrégé BETHENOD et celui du Professeur agrégé LARBRE , trente observations de Listériose néo-natale ont été recueillies. Par suite d'un changement dans les services hospitaliers une observation de 1963 (Professeur P. MONNET) n'a pas été étudiée dans cette statistique.

Après un Historique, une étude Bactériologique, sont présentées les trente observations ; suit la répartition des différentes formes de la maladie et leur étude clinique.

Les chapitres suivants sont consacrés au diagnostic biologique et à l'anatomie pathologique de la Listériose néo-natale.

Enfin sont abordés les problèmes de l'épidémiologie et de l'étiopathogénie de la Listériose du nouveau né, puis le traitement et la prophylaxie de cette affection .

ABREVIATIONS UTILISEES

P. N.	lire	Poids de naissance .
P. P.	"	Poids placentaire.
L. M.	"	Listeria Monocytogenes.
P. L.	"	Ponction lombaire.
L. C. R.	"	Liquide céphalo rachidien.

Une observation ne nous étant parvenue que tardivement porte
le n° 3 bis pour les commodités de la classification.

CHAPITRE I

CHAPITRE I

HISTORIQUE

La listériose est une anthroponose. C'est chez l'animal que cette maladie a été décrite initialement. Une vingtaine d'années après les premières descriptions apparaissent des Publications concernant la LISTERIOSE HUMAINE. Rapidement, s'est individualisée la FORME NEO NATALE.

LA LISTERIOSE DANS LE REGNE ANIMAL.

En 1911 HULPHER, en Suède, découvre la maladie sur une zoonose atteignant le lapin. Frappé par les importants foyers nécrotiques siégeant dans le foie, il appelle le germe Bacillus Hepatis.

En 1924, à Cambridge, MURRAY, WEBB, et SWANN caractérisent la Listériose sur une épizootie sévissant sur des lapins et des cobayes. les foyers nécrotiques du foie sont retrouvés, mais les trois auteurs anglais constatent également une tuméfaction des ganglions lymphatiques et une mononucléose sanguine chez les animaux qui survivent. Ils appellent le germe BACTERIUM MONOCYTOGENES.

Puis en 1926 le germe est isolé chez le boeuf par MATHEWS.

En 1927, en hommage à LISTER, le bacille est désigné sous le nom de LISTERELLA HEPATOLYTICA par PIRIE, qui découvre le germe chez des gerbilles en Afrique du sud, et change le nom en celui de LISTERELLA MONOCYTOGENES, en raison de l'identité du germe avec celui de MURRAY. En 1931 GILL, en nouvelle Zélande, retrouve ce germe chez des moutons présentant des signes d'encéphalite.

LUCAS et ses collaborateurs dressent la carte de la répartition de la zoonose en France et de 1955 à 1957, les départements infectés sont de plus en plus nombreux.

De 1947 à 1957, le laboratoire central de recherches vétérinaires d'Alfort décèle 89 cas de Listériose : 70 cas chez des oiseaux et 19 cas chez des mammifères.

A LYON, le professeur JOUBERT décèle de nombreux cas de Listériose chez des animaux divers, en particulier chez la truite (Thèse de Coliot F. en 1966).

LA LISTERIOSE HUMAINE .

C'est en 1936 que SCHULTZ, BURN et TERRY publient les premières observations humaines; il s'agit de méningites purulentes Listériennes.

En réalité, il a été rapporté des cas beaucoup plus anciens, la nature du germe n'ayant été précisée que secondairement.

Les auteurs attribuent à ATKINSON les premières observations humaines, en 1917.

DUMONT et COTONI, en 1921 publient leur découverte dans le L. C. R. d'un soldat italien décédé de méningite aiguë, d'un germe semblable au Rouget du porc. En 1942 ce germe a été identifié comme étant *Listeria Monocytogenes*.

En 1932, l'auteur Danois NYFELD isole *Listeria* chez un malade présentant un syndrome considéré comme une mononucléose infectieuse.

La première observation Française date de 1947, elle est due à SEDAILLAN et ses collaborateurs.

En Allemagne la Listériose humaine est diagnostiquée pour la première fois en 1951 et de très nombreux cas sont publiés par la suite, grâce aux recherches de SEELIGER, BONN, POTEL et HALE.

Aux Etats-Unis HOOD diagnostique 10 cas de Listériose à la Nouvelle Orléans entre 1954 et 1956, et DEDRICH 9 cas dans le détroit de Los-Angeles.

WELSHIMER, après avoir effectué des recherches sur des microorganismes, décèle en 13 mois 7 malades atteints de méningite Listérienne dans une même région.

MURRAY, SEELIGER, HOEPRICH unifient les descriptions en 1953 et décrivent les diverses manifestations cliniques de la Listériose.

Depuis, de nombreux auteurs en France et à l'étranger, se sont attachés à décrire les aspects cliniques de la maladie. (En 1957 THIVOLLET et FROMENT décrivent la septicémie avec endocardite, TOLOT en 1965, la Septicémie avec Bronchopneumopathie).

LAPEYSONNIE s'attache surtout aux aspects biologiques et épidémiologiques.

LA LISTERIOSE NEO NATALE .

En 1951 REISS, POTEL et KREBS individualisent la forme néo-natale classique et l'appellent Granulomatose infantiseptica.

En 1952 HAGEMAN, SIMON, BIENENGRAEBER décrivent, à propos de cas personnels, la Listériose du prématuré.

COULOMBIER , en 1955, publie dans sa thèse le premier cas néo-natal Français, c'est une forme méningée, constatée dans le service du Professeur LELONG.

VAN GELDER attribue au germe *Listeria* , l'une des deux épidémies de crèche qu'il a observées.

TROISIER et PASQUIER indiquent les incidences de la Listériose sur la grossesse et LANGER en Allemagne rapproche la Listériose de la Toxoplasmose.

MONNET, en 1955, s'attache plus particulièrement à l'aspect épidémiologique de la Listériose néo-natale.

CHAPITRE II

CHAPITRE II

BACTERIOLOGIE

Le germe responsable de la Listériose animale et humaine a reçu, successivement, plusieurs noms :

HULPHERS	: le dénomme <i>Bacillus Hepatis</i>
MURRAY	: <i>Bacterium monocytogenes</i>
SCHULTZ	: <i>Corynebacterium Parvulum</i>
PIRIE	: <i>Listerella monocytogenes</i> .

Actuellement, depuis le troisième Congrès International de Microbiologie, qui s'est tenu à New-York en 1939, il est désigné sous le nom de *Listeria monocytogenes*, nom proposé par PIRIE lui-même en remplacement du terme *Listerella* qui servait déjà à désigner un mycétozoaire.

Place dans la classification :

Pour PREVOST (classification française de 1958) :

- Sous embranchement :
 - I Eubacteria
 - II Mycobacteria
- Classe:
 - Actinomycetales
- Ordre :
 - Actinobacteriales
- Famille :
 - Spherophoraceae
 - Actinomycetaceae
- Genre :
 - I Actinomyces
 - II Nocardia
 - III Corynebacterium
 - IV Actinobacterium
 - V Erysipelothrix
 - VI Listeria

- Espèce , type :
Listeria monocytogenes

PREVOST définit le genre Listeria : "Bâtonnets de petite taille, gram + , mobiles (cil terminal), asporulés, microaérophiles à aérobies, croissant sur les milieux ordinaires, quelques glucides sont attaqués. Pathogène pour l'homme et les animaux (monocytose) ".

La seconde classification est de BERGEY (Américaine):

- Order : I Eubacteriales
II Actinomycetales
- Suborder:
I Eubacterineae
- Family:
VIII Corynebacteriaceae
- Genus : I Corynebacterium
II Listeria
III Erysipelothrix
- Type species:
L monocytogenes

MORPHOLOGIE :

Dans les produits pathologiques : L. M. est un petit bâtonnet trapu, de 1 à 1,5 μ de long sur 0,5 μ de large, isolé, ou inclus dans le protoplasme de grands mononucléaires.

Dans les cultures , l'aspect de ce microbe est plus polymorphe: il a la forme de bacilles ou de petits cocci ovalaires à bouts arrondis, se présentant isolés, en paires, ou même en courtes chainettes rangées plus ou moins régulièrement, en V et en petites palissades, avec parfois quelques éléments longs.

Examen microscopique après coloration : le germe prend la coloration de gram et se colore de façon uniforme. SEELIGER insiste sur la variabilité du gram :

- les germes provenant de cultures jeunes sont gram + sans exception
- après deux à cinq jours d'incubation, apparaît une labilité du gram nette. Une quantité croissante de germes prend alors le gram lors de la différenciation à l'alcool acétone ou à l'alcool à 96°. Ceci peut évoquer l'existence de granules et prêter à confusion avec les corynebacteriaceae.

Mobilité : Le germe est mobile, surtout de 20 à 28°.

A 37°, le germe est souvent immobile; quand il est mobile, sa mobilité n'est plus assurée que par un cil polaire. La mobilité est très spéciale: le germe est animé de mouvements de pirouette, puis de déplacements rapides, dans le champ microscopique. Cette mobilité est due à l'existence de cils péritriches.

PROPRIETES DES CULTURES :

Métabolisme : L. M. pousse en aérobiose, mal en anaérobiose, ensemencé en tube de gélose molle, la pousse est maxima à quelques mm de la surface. Il a une bonne vitalité. Le germe pousse aisément sur les milieux de culture usuels. Sa pousse est cependant favorisée par l'adjonction de 0,05 de glucose.

- L'addition de facteurs de croissance est inutile pour favoriser son développement.

- la T° de croissance optima se situe entre 20 et 37°C, avec une vitesse de multiplication maxima entre 30 et 37°C. Les T° extrêmes de développement varient entre 15 et 44°C. L.M. résiste bien au froid et se développe encore à + 4°, ceci a un intérêt pratique et permet de retirer les germes longtemps après conservation à cette T° des produits pathologiques plurimicrobiens (MONNET).

- les milieux de culture les plus favorables doivent être ajustés à un P.H variant entre 7,2 et 7,6 :

- . sur gélose, colonies fines, punctiformes, transparentes, grisâtres, lisses à bords réguliers; opaques après quelques jours.

- . gélose au sang: colonies un peu plus grosses (1 à 2 mm de diamètre), après plusieurs jours d'étuve, entourées d'un petit halo d'hémolyse.

- . gélose anaérobie: colonies rondes, fines, de 0,05 mm de diamètre, limitées par un bord lisse; n'augmentent pas de volume après plusieurs jours; se développent sur toute la hauteur du tube. Si piqûre en gélatine : pousse filiforme, sans arborescence. Il existe trois aspects de colonies, correspondant à la forme SMOOTH, SMOOTH Variante I, et ROUGH.

CULTURES SUR MILIEUX D'IDENTIFICATION :

C'est essentiellement la culture en milieux hypersalés (SEELIGER) : la croissance du germe n'est pas entravée si on ajoute au milieu 10 % de NaCl, le P.H étant à 9,6. Les listeria résistent à des

concentrations de 20 % de NaCl. La croissance n'est pas gênée en milieu neutre ou faiblement alcalin, ni en milieu faiblement acide. Des titres d'acidité élevée empêchent la croissance des germes, et, à un P.H. inférieur à 5,6, les cultures dépérissent. Par contre ces germes sont relativement peu sensibles à l'action des alcalins et poussent encore à P.H = 9,6. Le germe se cultive dans la bile jusqu'à la concentration de 40 %. L'adjonction de tellurie de k à la concentration de 0,01 à 0,05% ne gêne pas la pousse de *Listeria* (GRAY).

CULTURES SUR MILIEUX USUELS :

Les colonies poussent sur des milieux ordinaires, en général assez pauvres, surtout peu après l'isolement. La croissance est favorisée par la présence de glucose à 0,5 %. On observe alors un trouble assez homogène, épais, un dépôt de corps microbiens au fond du tube après 48 heures. Le P.H. de ces cultures est rapidement voisin de 5,8, taux peu propre au repiquage. L'odeur des cultures est caractéristique : aigrelette (SEELIGER).

CARACTERES BIOCHIMIQUES :

- L. M. fermente certains sucres dont le glucose, mais sans dégagement de gaz.
- L. M. fermente l'esculine, ce qui donne lieu à une coloration noirâtre; ce test est rapidement obtenu parfois en 24 ou 16 heures, parfois en quelques heures seulement.
- L. M. ne réduit pas le bouillon à l'azide de Na à 0,5%.
- H₂S sur milieu sous acétate de Pb : le germe ne pousse pas.
- L. M. ne renferme pas d'Uréase, il ne transforme pas les nitrates en nitrites. Il renferme une catalase.

CONSTITUTION ANTIGENIQUE :

Cette constitution a fait l'objet de nombreux travaux; il faut citer pour ces derniers: JULIANELLE et PONS, PATTERSON (1940), SEELIGER et LINZENMEIER (1955), DONKER-VOET (1959). On a pu ainsi séparer les L. M. en 4 types :

TABLEAU N° I

Sérotypes	Facteurs antigéniques d'importance diagnostique				
	O			H	
1	I	II	(III)	A	B
2	I	II	(III)	B	D
3	II	IV	(III)	A	B
4 a	(III)		V	A	B
4 b	(III)		V	A	B C

Les souches isolées en France sont toutes de type I et IV.

En 1957, LUCAS fait remarquer que les foyers du Nord de la France sont de type I alors que ceux du Sud-Ouest sont de type 4 B.

SEELIGER ne reconnaît pas le type III dans la classification parce que sa constitution A. G. est mal connue. Pour les types 4, il admet deux sous-types, alors que d'autres auteurs, DONKER-VOET en particulier, en reconnaissent 5 ou 6. Les sérotypes I et II ont la même constitution A. G. : O.

Des fractions A. G. sont communes entre *Listeria* et de nombreux cocci gram + (staphylocoques et entérocoques) en particulier avec le sérotype III.

Il existe probablement des fractions antigéniques communes entre divers sérotypes, pouvant expliquer que la séro agglutination est positive chez des mères pour le sérotype I alors que la listériose néonatale de leur enfant est due au type 4 B (MONNET).

Il n'y a aucune corrélation entre le sérotype et l'origine humaine ou animale des souches étudiées. Les A. G. O. sont thermostables et résistent à l'exposition prolongée à 100°, à des concentrations élevées d'alcool ; sauf l'A. G. III dont la sensibilité varie selon les souches. Les A. G. H ont un comportement variable : ils sont thermolabiles pour des températures auxquelles résistent les A. G. O (60° pendant 15 minutes). Chaleur, Méthiolate, Formol sont sans action sur les A. G. H. Le facteur C est détruit par le Méthiolate.

POUVOIR PATHOGENE EXPERIMENTAL :

Le lapin : il est sensible à l'inoculation de cultures par voie sous-cutanée ou IV. L'animal meurt en 3 ou 5 jours après l'injection IV; les lésions anatomiques sont importantes. Le foie et la rate contiennent de petits nodules de volume variable. Les reins sont congestionnés, les capsules surrénales hypertrophiées et le péricarde contient du liquide S. F.

Par voie S. C., on reproduit l'évolution lente de la maladie.

GRAY et ses collaborateurs ont inoculé L. M. à des lapines gestantes par voie oculaire ou orale. Dans tous les cas, ils ont obtenu soit la mort de la mère avant terme, soit l'avortement d'un fœtus mort, soit la naissance de petits lapins mourant en quelques jours de Listériose. Des lots témoins de lapins mâles ou de lapines vierges montrent que la lapine gestante est particulièrement sensible à L. M.

Chez le lapin et le cobaye, il est possible de pratiquer une instillation conjonctivale. Cette méthode a été découverte par ANTON (1934), puis beaucoup étudiée par PONS et JULIANELLE (1939). Une conjonctivite aiguë se développe 24 ou 48 heures après instillation de culture ou après friction de la paupière retournée avec un écouvillon plongé dans le bouillon de culture. Une conjonctivite purulente apparaît, durant trois semaines; le pus contient des *Listeria*.

LESIONS HISTOLOGIQUES : elles sont les mêmes que pour les nodules hépatiques, spléniques, pulmonaires et cardiaques. Les nodules sont formés d'une portion centrale nécrotique, entourée par une infiltration de cellules inflammatoires avec prédominance de P. N. et de cellules réticulées bourrées de Lymphocytes.

Dans le tissu de nécrose se trouvent des débris de noyaux des cellules hépatiques et de lymphocytes, ainsi qu'une substance amorphe acidophile. Dans le foie, assez nombreux nodules jeunes : cellules hépatiques nécrosées et infiltration de mononucléaires. Les *Listeria* se trouvent dans les lobules, en amas; dans le tissu de nécrose, dans les mononucléaires et dans les histiocytes.

TOXINOGENESE :

Aucune exotoxine n'est élaborée par L. M. dans les cultures du bouillon laissées 8 à 15 jours, à l'étuve à 37°.

VIRULENCE :

L.M. secrète une endotoxine très nécrotique pour les cellules du foie, de la rate, du poumon et pour les fibres musculaires du coeur. La virulence varie selon les souches.

VITALITE - RESISTANCE - CONSERVATION :

Une culture en bouillon laissée à la température du laboratoire reste vivante 2 mois, elle reste vivante un an dans le lait. OLAFSON conserve la vitalité 6 mois en cerveau glycérimé. Une culture en bouillon ascite, en ampoules scellées, à l'abri de l'O₂ et de la lumière, reste vivante pendant 2 ans. La vitalité est également bien conservée sur gélose au sang maintenue en glacière. Le germe est peu résistant à la chaleur.

CONSTITUTION CHIMIQUE :

Quelle que soit leur constitution A. G., les souches virulentes sont capables de reproduire une monocytose expérimentale des rongeurs, monocytose dont est responsable un lipolide qu'on a pu extraire des corps microbiens. Tous les séro et biotypes le possèdent. Si l'on injecte à des lapins, par voie IV, des *Listeria* vivants, on observe 3 à 4 jours plus tard une nette monocytose dans le sang périphérique. L'expérience est valable seulement chez les rongeurs et exceptionnellement lors d'infections naturelles survenant chez l'homme.

Le "monocytose produzierende agents" (M.P.A), agent produisant la monocytose a été extrait en 1948, par STANLEY, d'organismes secs et broyés, traités par des solvants des Lipides.

CHAPITRE III

LE PLAN SUIVI POUR LA REDACTION DES OBSERVATIONS
EST LE SUIVANT :

- 1° - Date et lieu de naissance du nourrisson, son sexe, son âge à l'entrée, le motif de son hospitalisation avec, s'il y a lieu, la date exacte d'apparition des symptômes.
- 2° - Le chapitre suivant concerne la mère :
 - son âge et son lieu d'habitation.
 - ses éventuels antécédents obstétricaux.
 - l'histoire de la grossesse.
 - le déroulement de l'accouchement.
- 3° - Ensuite est décrit l'état de l'enfant à la naissance:
 - son examen clinique à l'entrée.
 - les examens biologiques pratiqués.
 - les différents prélèvements à visée bactériologique.
- 4° - Fait suite la Thérapeutique :
 - celle instituée le premier jour.
 - les résultats de l'antibiogramme.
 - les modifications apportées au traitement et sa durée.
- 5° - L'évolution clinique précoce et lorsque l'enfant a été revu, l'évolution lointaine.
- 6° - L'évolution biologique.
- 7° - Les examens complémentaires pratiqués chez la mère et éventuellement chez l'enfant.

C'est volontairement que ne sont pas décrits les signes cliniques et éventuellement anatomiques négatifs. Les renseignements d'ordre obstétrical n'ont pu être que fragmentaires le plus souvent, ce qui explique leurs lacunes malgré une recherche soigneuse dans les maternités lorsqu'elle a été possible (cliniques privées ?) .

CHAPITRE III

LES 30 OBSERVATIONS

N° 1

O B S. n° 3 775
Service du Pr JEUNE

- Garçon né le 28-6-1963(à la Clinique de St-Symphorien d'Ozon) , hospitalisé à l'âge de 9 jours pour cyanose (apparue au 5ème jour) et raideur, avec fièvre (apparues au 7ème jour).

- La mère, 23 ans, habite en commune rurale (Isère).

- Il s'agit d'une première grossesse; pendant toute la durée de celle-ci, la mère se rend à la campagne où il y a un élevage de lapins dont elle s'occupe fréquemment; elle consomme (mais le moment n'est pas précisé) un lapin dont le foie présente des nodules multiples blanchâtres.

- L'enfant naît à terme. Il pèse 3 kgs. Son état à la naissance est subnormal car il est étonné pendant 1 à 2 minutes.

- L'examen clinique à l'entrée est négatif et il n'existe , en particulier pas de signes méningés.

- Le lendemain de l'entrée, l'examen clinique est identique, mais par prudence, il est pratiqué une ponction lombaire qui ramène un liquide citrin et trouble, contenant 1 850 éltts/mm³ dont P. N : 70 % , L : 30 %. L'albuminorachie est à 5 g et la glycorachie à 0,35 g.

- A l'hémogramme les globules rouges sont à 5 160 000, les globules blancs à 11 800. P. N. : 74% E : 2% L : 8% M. M. : 16% M : 10%.

- Les prélèvements pratiqués chez l'enfant permettent de mettre en évidence Listeria Monocytogenes de type 4 B à la culture du L. C. R ; dans les selles, présence d'un staphylocoque doré pathogène.

- Le traitement débute le 8 Juillet, soit le lendemain de l'admission :

Pénicilline	5 M
Elcosine	1 g
Tifomycine	150 mg
Hémisuccinate d'hydrocortisone	12,5 mg

- A l'antibiogramme, le germe est sensible à :

Flabelline	Néomycine	Streptomycine
Chloromycétine	Kanamycine	Tétracycline
Erythromycine	Oléandomycine	Pénicilline
Polimyxine		

Résistant à :	Novobiocine	Adiazine
Sultirène	Rufol	Justamil
et Colimycine		

- La Pénicilline et l'Elcosine sont maintenues 20 jours, la Tifomycine 5 jours et l'hémisuccinate 16 jours.

Le 13-7, est ajouté au traitement de la Terramycine (100 mg) pendant 7 jours et le 16-7, du Cortancyl(2,5mg) pendant 15 jours.

- 5 jours après l'entrée, l'enfant présente une crise violente de convulsions généralisées, accompagnées de vomissements et de pauses respiratoires, mais l'état s'améliore rapidement et l'enfant sort du service 1 mois après le début clinique de l'affection. Les examens cliniques et E. E. G. étant normaux (1 FO pratiqué montre des hémorragies au contact des grosses veines rétinienne).

- Deux ponctions lombaires pratiquées, montrent :
le 12-7 : 420 élts (à prédominance lymphocytaire)

Alb. . . = 3,5 g et S = 1,20 g.

le 19-7 : 135 éléments/mm³ (également à prédominance lymphocytaire) ; Alb. . . = 1 g.

- 4 mois après sa sortie, l'enfant est de nouveau hospitalisé pour une anorexie et des vomissements; l'examen clinique est négatif et le développement psychomoteur normal.

- Chez la mère, les prélèvements pratiqués dans le pharynx , le vagin et l'utérus , ne montrent pas de Listeria.

Deux séro diagnostics (le 17-7 et le 13-8) sont positifs au 1/800 avec l'autosouche, mais négatif au 1/50 pour les souches 1 et 4 B.

- Chez l'enfant, le 22-7, le séro diagnostic est négatif au 1/50 pour les souches 1 et 4 B; et le 13-8, même résultat pour les souches de laboratoire, mais positive au 1/100 pour l'auto souche.

N° 2

O. B. S. n° 5 161

Service du Pr JEUNE

- Fille, née le 12-3-1964, (à la Maternité de TARARE) , hospitalisée à l'âge de 48 heures pour un ictère apparu au 2ème jour et une éruption.

- La mère, 22 ans, vit en commune rurale (VALSONNE Rhône). Elle a un enfant né à terme.

- A la fin de la grossesse, un léger hydramnios est constaté.

- L'enfant naît 3 semaines avant terme; il doit être réanimé. Le liquide amniotique est "purée de pois" ; P.N. = 2 800 g.

- A l'entrée, fièvre à 40°. L'enfant est adynamique, hypotonique; son cri est plaintif. Il présente un ictère cutanéomuqueux, une éruption d'allure purpurique, disséminée sur tout le corps; les éléments ne s'effacent pas à la pression.

Le foie et la rate sont hypertrophiés.

La radioscopie montre une image thoracique normale.

- La P.L. ramène un liquide dont le surnageant est xanthochromique: il contient 70 élt $\vars$ /mm³ ; A. L. B = 0,40 g ; sucre = 0,63 g.

L'hémogramme : G. R. = 4 900 000

G. B = 13 700

H. B = 16,6

plaquettes = 60 000/mm³

P. N = 69% E = 1% L = 6% M. M = 9% M = 15%

A l'examen du sang, existe une hyperbilirubinémie néonatale, non précoce, rapidement conjuguée dans sa plus grande part.

Totale : 11 mg % (D = 7,3 et I = 3,7)

Un myélogramme est pratiqué : les éléments granulocytaires neutrophiles prédominent, surtout les formes jeunes. Les érythroblastes sont diminués. Les mégacaryocytes sont présents.

- Le L. C. R. , la coproculture et l'hémoculture sont stériles. (Avant l'admission, l'enfant avait reçu à la maternité, de la pénicilline et de la streptomycine).

- Le jour de l'entrée, une thérapeutique est instaurée :

Pénicilline 1 M

Terramycine 100 mg

Hémisuccinate 6,25 mg

La terramycine est prolongée 30 jours

La pénicilline 12 jours puis elle est remplacée par :

Propiocrine 150 mg pendant 24 jours

Introduction de Célestène (1 comprimé) pendant 13 jours.

- 48 heures après l'admission, l'enfant va mieux, mais le film pulmonaire montre la présence d'une Réticulite, laquelle diminue d'intensité avec l'introduction de Célestène dans la thérapeutique.

L'enfant sort le 18-4, il va bien et l'examen E. E. G. est normal.

- A l'hémogramme est apparue une anémie à 2 530 000.

L'enfant est revu un mois après :

Bon état général

Correction de l'anémie.

- Des examens complémentaires sont pratiqués;

Le prélèvement vaginal de la mère, le 17-3 met en évidence un L. M. I sensible à :

Ampicilline	Erythromycine	Spiramycine
Staphylomycine	Streptomycine	Kanamycine
Néomycine	Tetracycline	

limite à :

Méthicilline	Novobiocine	Chloramphénicol
--------------	-------------	-----------------

résistant à :

Pénicilline	Sultirène	Thiazomide
Rufol	Adiazine	Justamil
Amidozol		

Le prélèvement de gorge ne contient pas de Listeria.

Trois séro diagnostics sont pratiqués chez la mère :

le 17-3: négatif au 1/50 pour les types 1 et 4 B

le 18-4: résultat identique

le 15-5 : positif au 1/400 pour le type I

positif au 1/50 pour le type 4 B

positif au 1/400 pour l'autosouche

Chez l'enfant le séro diagnostic du 31-3 est négatif au 1/50 pour les types I et 4 B. Même résultat le 15-4.

N° 3

OBS. n° 612

Service du Pr Agr LARBRE

- Fille, née le 8-5-1964 (à la Clinique de Ste COLOMBE-LES-VIENNE), hospitalisée à l'âge de 2 jours et demi pour des crises toniques apparues 48 heures après la naissance.

- La mère, 25 ans, habite en ville (VIENNE). Elle a un enfant de deux ans.

- Entre la 4ème et la 3ème semaine précédant l'accouchement, elle présente un syndrome infectieux assez important et durable, accompagné de céphalées très vives.

- L'enfant naît à terme. L'accouchement se déroule normalement. Le poids à la naissance est de 2 kgs 500.

- A l'entrée la T° est à 36°8

le nourrisson présente une éruption faite de papules lenticulaires disséminées sur l'ensemble des téguments, peut-être plus nombreuses sur les Membres Inférieurs; ces papules ne sont pas purpuriques et ne s'accompagnent d'aucune formation pustuleuse.

l'enfant est un peu cyanosé et inerte.

le foie est hypertrophié.

le film pulmonaire montre une image réticulo nodulaire hilifuge prédominant dans le lobe supérieur et le lobe inférieur droit.

- La P. L ramène un liquide trouble contenant 2 300 éltts/mm³

90 % P. N	10 % L
Alb. = 1,40 g	S = 0,86 g

- L'hémogramme :

G. R	:	5 490 000
G. B	:	7 400
H. B	:	16,6
P. N	:	33 %
L	:	47 %)
M. M	:	9 %)67 %
M	:	11 %)

- A l'examen d'urine, il n'y a pas de sucre, ni d'albumine.
A la cytologie de très nombreuses cellules.

- Les prélèvements pratiqués chez l'enfant révèlent un L. M. 4 B à la culture du L. C. R et à l'hémoculture.

Le prélèvement buccal renferme un Entérocoque hémolytique et un Streptocoque Viridans.

La coproculture est stérile, mais le L. M n'a pas été recherché électivement.

- Le traitement est instauré le jour de l'entrée :

Pénicilline	2 M	)
Solnicol	30 mg	) en perfusion.
Elcosine	0,40	)

- A l'antibiogramme le germe est sensible à :

Streptomycine	Tétracycline	Chloromycétine
Rifocine	Pénicline	Furadoline
Nibiol	Auréomycine	Erythromycine
Néomycine	Oléandomycine	Thiophénicol

Limite à la Pénicilline

Résistant à :

Oxacilline	Furoxane	Flabelline
Rufol	Sultirène	Thiazomide
Justamil	Amidazol.	

- Le traitement est un peu modifié :

La pénicilline est supprimée le 12

Le Solnicol, passé à la dose de 50 mg, et la Streptomycine introduite I. M : 50 mg, sont administrés pendant 19 jours.

L'Elcosine est arrêtée au bout de 3 jours.

- L'évolution est très simple :

Le lendemain de l'admission le foie a diminué de volume, et l'éruption est en voie de disparition.

L'enfant est rendu à sa famille après 26 jours d'hospitalisation.

- Une P. L , faite le 15-5, ramène un liquide clair avec 375 éltts/mm³

A = 0,70 g S = 0,49 g

la culture demeure stérile.

- Le 21-5 : clair avec 25 éltts/mm³ A = 0,65 g

- Deux hémogrammes sont pratiqués :

Celui du 30-5 comporte une leucocytose à 6 400 et des G. R. à 4 220 000.

Alors que celui du 21-5 avait une leucocytose à 2 700 G. B dont 80 % de Lymphomonocytes.

- L'enfant est réhospitalisé pour une gastro entérite banale,

pendant 7 jours. Puis il est revu à plusieurs consultations (la dernière datant du 11-5-1965) : L'état général est parfait, ainsi que l'examen psychomoteur et électro-céphalographique (Octobre 1964).

- Des examens complémentaires sont pratiqués :

Le prélèvement vaginal du 12-5-1964 ne contient pas de *Listeria*.

Une sérologie chez la mère le 13-5 est négative pour le type 1 au taux de 1/50 et elle est positive pour le type 4 B au taux de 1/800, elle est également positive pour les autosouches L. C. R et H. C au taux de 1/800.

Chez l'enfant : le 29-5 le séro diagnostic est négatif au 1/50 pour les types 1 et 4 B ; il est positif au 1/100 pour les deux autosouches.

N° 3 bis

O B S n° 5 282

Service du Pr JEUNE

- Enfant né à la Clinique Sainte Marguerite de LYON, le 15 Mai 1964, de sexe mâle; hospitalisé à l'âge de 24 heures pour un accès de cyanose précédé et suivi de rejets de mucosités.

- La mère, 28 ans, habite LYON, elle a un enfant dont on ignore s'il est né à terme.

- La grossesse se déroule sans circonstances particulières.

L'accouchement est normal; l'enfant naît un mois avant terme. P. N 2 400, l'état est bon.

- A l'entrée dans le service la T° est à 35°5, il existe une cyanose intense et une dyspnée avec tirage qui cède très rapidement. Le nourrisson rejette des sécrétions purulentes par la bouche, et la Radioscopie ne montre rien d'anormal.

Il existe une conjonctivite purulente bilatérale. Le reste de l'examen en particulier sur le plan neurologique est négatif.

- Le lendemain, devant un nouvel accès de cyanose, de la prostration et la disparition des réflexes archaïques, une P. L est pratiquée qui montre un liquide Xanthochromique, contenant 82 000 éléments mm3 (majorité de polynucléaires altérés), Alb 4,50 g, Sucre 0,21 g.

Des prélèvements sont pratiqués chez l'enfant :

Un *Listeria* 4b est isolé dans l'oeil et le L. C. R

Le traitement instauré à l'entrée comporte uniquement de la pénicilline 250 000 U. I. V.

A l'antibiogramme le germe est sensible :

Erythromycine, Chloromycétine; Flabelline, Kanamycine, Streptomycine, Tétracycline, Novobiocine

Limite à :

Thiazomide, Sultirène, Rufol.

Résistant à :

Oxacilline, pénicilline, Justamil, Uractyl, Adiazine.

Le lendemain on rajoute à la Pénicilline du

Solnicol	75 mg
Solumédine	0,40 g
Hydrocortisone	25 mg

Par voie I. M. Streptomycine 50 mg.

L'aggravation est rapide, l'enfant décède le 18-5 dans la nuit, dans un tableau de cyanose (soit moins de 48 heures après l'entrée).

Il n'a pas été fait de vérification chez l'enfant ni d'examens complémentaires chez la mère.

N° 4

O. B. S. n° 615

Service du Pr Agr LARBRE

- Fille, née le 24-5-1964 (à la Clinique Ambroise Paré LYON), admise à l'hôpital à l'âge de 20 heures pour encombrement pulmonaire.

- La mère, 27 ans, habite en ville (St-PRIEST). Il n'y a pas eu de grossesse antérieure.

- Un hydramnios est constaté au 7ème mois, s'étant constitué après un épisode infectieux pseudo grippal.

- L'enfant naît 1 mois avant terme; P. N = 3 kgs. Il est

étonné et doit être réanimé 3 minutes. Il présente un peu de bave aux coins des lèvres.

- A l'entrée la T° est à 37°2. Le nourrisson présente un syndrome d'obstruction des voies respiratoires supérieures. Sur le film pulmonaire il existe une image réticulo nodulaire au niveau du Lobe Supérieur droit. Une conjonctivite purulente bilatérale et du pus épais dans le rhino pharynx sont constatés.

La rate et le foie sont perçus.

- La numération formule :

G. R	:	6 190 000
G. B	:	21 700
P. N	:	44 %
L	:	16 %
M. M	:	12 %
M	:	28 %

. La P. L ramène un liquide légèrement xanthochromique ,
contenant 32 éltts/mm³ Alb. = 1,05 g

- Les prélèvements pratiqués chez l'enfant révèlent un L. M. 4 B dans le nez, le prélèvement oculaire et le méconium ; dans les deux premiers prélèvements est également associé un pseudomonas aeruginosa. Le L C R est stérile.

- Le traitement est instauré le 26 (soit le lendemain de l'entrée) :

Pénicilline	:	500 000 u
Terramycine	:	90 mg
Streptomycine	:	0,10 g
Hémisuccinate	:	8 mg

- A l'antibiogramme le germe est sensible à :

Streptomycine	Tétracycline	Novobiocine
Pénicilline	Pénicline	Flabelline
Oxacilline	Kanamycine	Chloromycétine
Furadofne	Erythromycine	Adiazine
Rufol	Thiazomide	Justamil
Sultirène	Uractyl	Rifocine
Le germe est résistant au nibiol.		

- Le traitement associant Pénicilline, Terramycine et Streptomycine est maintenu 17 jours (soit 7 jours par voie IV). L'hémisuccinate d'hydrocortisone est supprimé le 8ème jour.

- La scène fonctionnelle s'amende rapidement et l'enfant

est alimenté dès le 4ème jour. Il est rendu à sa famille 18 jours après l'admission avec une ordonnance de Terramycine pour 10 jours.

- Le LCR , contrôlé le 11-6 est clair : 14 élt/s/mm³
 A = 0,45 g et S = 0,65 g.
 La NF du 3-6 montre des PN à 44% et des lymphomonocytes à 56%.

- Des examens complémentaires sont pratiqués :
 . Le prélèvement vaginal du 26-5 demeure stérile.
 . A la même date la sérologie maternelle est négative au 1/50 pour le type 1 ; elle est positive au 1/800 pour le type 4 B et également positive au 1/800 pour l'autosouche.

N° 5

O. B. S n° P. 122

Service du Pr Agr LARBRE

- Garçon, né le 30-6-1964 (à l'Hôtel-Dieu), hospitalisé à l'âge de 14 heures, pour mauvais état apparu quelques heures après la naissance.

- La mère, 29 ans, habite LYON, elle a un enfant né à terme.

- Pendant sa grossesse elle se rend très souvent à la campagne où des membres de sa famille sont cultivateurs.

Tois semaines avant l'accouchement, elle a présenté un syndrome douloureux abdominal qui a persisté 24 heures.

- L'enfant naît à 7 mois $1/2$ de grossesse, les membranes sont rompues artificiellement: le liquide amniotique est vert, la présentation est céphalique. Le jour de l'accouchement la mère présente une température à 39°3 (37° après l'accouchement)

L'état du nourrisson est bon PN = 2 100; PP = 500.

- A l'entrée la T° est normale l'enfant est pâle et présente une éruption faite de points purpuriques et d'autre part d'éléments s'effaçant à la pression, prédominant aux membres.

Le cri est plaintif, il existe une cyanose et des pauses respiratoires fréquentes, ainsi qu'une conjonctivite purulente bilatérale. Les réflexes archaïques ne sont pas tous obtenus.

A l'hémogramme

GR ₂	5 500 000
GB ₂	12 000
Hb.	18, 10
PN ₁	2 %
L	9 %
M. Mono.	3 %
Mono.	86 %
Plaquettes	65 000

La P. L. retire un liquide citrin contenant 16 éléments mm³;

Alb. = 0,80 g Sucre I;10 g.

Un *Listeria Monocytogenes* 4b est isolé dans l'hémoculture, l'oeil, le nez. Le L. C. R. est stérile.

Le jour même de l'admission est installée une perfusion avec :

PENICILLINE	200 000 U
TERRAMYCINE	40 mg

A l'antibiogramme le germe est sensible à :

Rifocine, Tetracycline, Ampicilline, Kanamycine, Streptomycine, Erythromycine, Chloromycetine, Flabelline.

Limite à : Pénicilline, Oxacilline, Nibiol.

Résistant aux Sulfamides.

La Pénicilline est laissée 3 jours.

La Terramycine d'abord administrée en I. V. à la dose de 40 mg est ensuite donnée per os à la dose de 10 mg.

La Streptomycine est introduite (0,25 g I. M.)

Durée du traitement 15 jours.

L'éruption et la conjonctivite disparaissent rapidement, la pharyngite croûteuse persiste 8 à 10 jours; vers le 4ème jour, est notée une hépatomégalie modérée.

Des vomissements répétés nécessitent un transit oesophago-gastrique qui ne montre pas d'image anormale.

L'enfant est rendue à sa famille après 2 mois d'hospitalisation, son état clinique est satisfaisant. Elle est revue 1 mois 1/2 plus tard en consultation : Bon état.

Au point de vue biologique la thrombocytopénie et l'agranulocytose constatées à l'entrée ont été corrigées en 4 semaines.

Des examens complémentaires pratiqués chez la mère

révèlent un *Listeria Monocytogenes* dans le vagin (le 6-7-1966) qu'on ne retrouve plus dans le prélèvement du 20-11-1966.

Un séro-diagnostic effectué le 11-8 est négatif au 1/50 pour la souche 4b, positif au 1/400 pour la souche I.

La mère a reçu un traitement pendant 10 jours : Tetra-cycline, Pénicilline, Colimycine en lavages locaux.

N° 6

O. B. S. n° 2 874

Service du Pr Agr BETHENOD

- Garçon né le 30-6-1964, à l'Hôtel-Dieu, hospitalisé à l'âge de 9 jours pour fièvre à 38°5 apparue au 8e jour.

- La mère 24 ans, habite LYON.

Sujette aux angines elle est en 1960 hospitalisée à deux reprises pour albuminurie, et le diagnostic de pyélonéphrite est alors porté et une antibiothérapie ordonnée.

Pas de grossesse antérieure.

Au début de sa grossesse, la mère présente deux épisodes aigus très fébriles entre le 2ème et le 3ème mois.

L'enfant naît 12 jours avant terme; la rupture des membranes se fait spontanément.

P. N 3 680 , bon état à la naissance.

A l'entrée dans le service la T° est à 39°5, l'enfant refuse de boire. Il présente une discrète cyanose plantaire, une fontanelle bombée, de petits mouvements brefs des membres supérieurs.

A l'examen neurologique la plupart des réflexes néo-nataux sont obtenus.

La P. L ramène un liquide "eau de riz", contenant 4 780 éléments dont 66% de PN et 34% de Lympho. L'albuminorachie est à 4,5 g et la Glycorachie à 0,14 g.

A l'Hémogramme :

G. R.	5 940 000
G. B	25 400
Hb	15,90 g

P. N	53 %
P. E	1 %
L.	15 %
M. Mono	4 %
Mono	27 %

Les urines sont normales.

Un *Listeria Monocytogenes* type 4b est isolé de la culture du L. C. R. L'Hémoculture est stérile et la coproculture contient un staphylocoque doré.

Un traitement est instauré le jour de l'entrée:

Pénicilline	2 000 000 IM
Solumédine	50 mg
Hydrocortisone	6,5 mg
Tifomycine	75 mg IM
Streptomycine	0,20 g IM

L'Hémisuccinate d'hydrocortisone est administré 7 jours à la dose de 6,5 mg pro die, puis remplacé par 6 mg de Prednisone pendant 18 jours. Le Chloramphénicol est donné pendant 29 jours, soit 20 jours à raison de 75 mg IM tous les 2 jours, puis per os, tous les jours. Quant à la Streptomycine et à la Pénicilline, supprimées au bout de 24 heures elles sont réintroduites quelques jours après et administrées durant une dizaine de jours. Enfin très vite les Sulfamides sont supprimés.

A l'antibiogramme le germe est sensible à :

Néomycine, Chloromycétine, Nibiol, Furadoïne, Streptomycine, Ampicilline, Tetracycline, Kanamycine, Framycétine, Pénicline, Pénicilline, Thiophénicol.

L'enfant est apyrétique 3 jours après l'admission, et l'état clinique s'améliore rapidement. Le 11 Août sont notées une anémie hypochrome (G. R. 3 370 000 et Hb 9,95 g) et une dermite eczématiforme de visage (que l'enfant a d'ailleurs constituée sous corticothérapie ?)

Le 15-7 le L. C. R. est légèrement xanthochromique contenant 178 éléments/mm³ dont 70 % de lympho. et 30 % de PN. L'albuminorachie est à 1,60 g et le sucre à 0,37. La culture est stérile.

Le 21-7 le L. C. R. est eau de roche avec 34 éléments
Alb = 0,50 , S = 0,54.

Le 7-8, 13 éléments, Alb = 0,40, Sucre = 0,65.

L'enfant sort du service le 24 Août avec un examen que, E. E. G. et psycho moteur satisfaisant.

Nouvelle hospitalisation un an après pour traumatisme crânien mineur puis un mois après pour pyrexie à 40° qui cède spontanément; le L. C. R. est normal et comme l'hémoculture il est stérile.

N° 7

O B S n° P 74

Service du Pr Agr BETHENOD

- Fille, née le 27-8-1964 à la Clinique Ste-Marguerite , hospitalisée à l'âge de deux jours pour une crise de cyanose.

- La mère, 24 ans, habite à LYON.

Trois grossesses antérieures se sont terminées par des fausses couches à 3, 4 et 5 mois.

- Pas de renseignements concernant la grossesse.

L'enfant naît un mois avant terme; le placenta (550 g) est bourré d'infarctus anciens et récents. P. N. = 1 650 g A. P. G. A. R à 8. Le nourrisson est hypotonique et légèrement cyanosé.

- A l'entrée, l'examen clinique révèle une cyanose des extrémités, un ictère apparu à la 48ème heure; les réflexes archaïques sont obtenus, seule la marche automatique est un peu difficile.

Le lendemain de l'entrée: crise comitiale clonique.

- La P. L. ramène un liquide purulent, hémorragique, contenant 4 280 éltts/mm³ dont 90% L, 9% cellules et 1% P. N.

- L'hémogramme: G. R : 4 960 000
G. B : 17 800

P. N : 71% - L : 3% - M. M 4% - M : 12%

- Dans le L. C. R. est mis en évidence un L. M de type 4 B; la coproculture est stérile.

- Le traitement est instauré le lendemain de l'admission :

Pénicilline	1 m
Hydrocortisone	5 mg
Solumédine	

- A l'antibiogramme, le germe est sensible à :

Chloromycétine	Péniciline	Tétracycline
Néomycine	Kanamycine	Streptomycine
Furoxane	Sultirène	Thiazomide
Rufol	Adiazine	Amidozol
Justamil	Uractil	

Résistant à :

Nibiol	Furadoïne	Colimycine
Polymyxine		

La Pénicilline (I M) et l'hydrocortisone (5 mg) sont maintenues 9 jours. Du Solnicol (50 mg) est introduit pendant 8 jours ainsi que de la Streptomycine (8 cg) pendant 17 jours. Enfin Tifomycine (50 mg), Adiazine (30 cg) et Cortancyl (2 mg) pendant 9 jours.

La totalité du traitement dure donc 17 jours.

Vingt quatre jours après l'entrée, l'enfant est hypotonique et les réflexes néo-nataux sont absents.

Le 17-11, avant son départ, elle tient mal sa tête, suit mal du regard, mais le P. C , le F. O et l'E. E. G sont normaux.

Un an après, l'enfant est revue en consultation : les examens psychiques et somatiques sont normaux; une légère microcéphalie est constatée probablement constitutionnelle, ainsi qu'un strabisme indépendant de l'atteinte méningée.

Dans l'évolution biologique apparait une anémie à 2 190 000 G. R (le 28-10) nécessitant une transfusion.

Le L. C. R du 5-9 , contient 400 éltts

le 9-9 , 80 éltts

le 16-9 , le liquide est clair, 22 éltts.

Alb. = 0,30 g et S = 0,57 g . La culture est stérile.

le 3-10 , liquide clair, 6 éltts/mm3.

Aib. = 0,10 g et S = 0,60 g.

Le séro diagnostic pratiqué chez la mère le 2-9 est négatif au 1/50 pour les souches 1 et 4 B, ainsi que pour l'autosouche.

N° 8

O. B. S. n° P. 213

Service du Pr Agr LARBRE

- Fille née le 14-4-1965 à l'Hôpital de Rive-de-Gier, hospitalisée à l'âge de 48 heures pour une crise de cyanose et fièvre.

- La mère, 30 ans, vit en ville (RIVE-de-GIER). Elle a deux enfants.

- La grossesse s'est déroulée sans incidents.

- L'enfant naît 3 semaines avant terme. La poche des eaux est rompue artificiellement; le liquide est méconial. L'accouchement est spontané; les suites, fébriles, nécessitent une antibiothérapie. L'enfant pèse 2 800 g et son état est bon.

- A l'entrée : T° est à 37°5. Le nourrisson présente une éruption sous forme d'un piqueté maculaire et purpurique diffus, une splénomégalie et des troubles respiratoires: une dyspnée d'origine broncho-pulmonaire. Le film pulmonaire montre une grisaille et des pommelures bilatérales diffuses très importantes.

Le pharynx et le nez sont encombrés.

- La P. L ramène un liquide xanthochromique, contenant 30 éltts/mm³ (la chimie n'est pas faite)

- A l'examen d'urine : Alb. = 0,20 g

- A L'hémogramme :

G. R	:	5 920 000
G. B	:	26 800
H. B	:	17,40
plaquettes	:	120 000
P. N	:	55 %
L	:	15 %
M. M	:	18 %
M	:	12 %

- Les prélèvements pratiqués chez l'enfant montrent la présence d'un L. M du type 4 B dans le rhino pharynx, l'oeil, l'hémoculture et le L. C. R.

La coproculture est stérile.

- Le traitement est instauré le jour de l'admission :

Terramycine IV	100 mg
Streptomycine IV	100 mg
Colimycine IV	100 000 u
Néomycine nasal.	

- A l'antibiogramme, le germe est sensible à :

Kanamycine	Streptomycine	Rufol et Uractyl
------------	---------------	------------------

Il est peu sensible à :

Tétracycline	Justamil	Sultirène
--------------	----------	-----------

Par contre il est résistant à :

Chloromycétine	Pénicilline	Pénicline
Oxacilline	Flabelline	Novobiocine
Erythromycine	Colimycine	Thiazomide
Amidazol	Adiazine.	

- Le traitement est maintenu 21 jours :

Terramycine	passé à la dose de 75 mg)	pendant 10 jours de perfusion.
Streptomycine	" " " 75 mg)	

Puis 11 jours avec :

Terramycine	100 mg per os
Streptomycine IM	100 mg

La colimycine est rapidement supprimée.

- L'évolution clinique est très vite favorable et l'enfant sort 1 mois après le début de la maladie. Son examen E. E. G est normal.

Le L. C. R est contrôlé le 21-4 : il est xanthochromique avec 50 éltts/mm³ Alb = 1 g S = 0,56 g ; la culture est stérile.

- L'enfant revu 1 an après présente un bon état général, l'examen psycho moteur et l'E. E. G sont normaux.

- Des examens complémentaires sont pratiqués chez la mère :

. Le prélèvement vaginal du 16-4-1965 contient un Listeria.

. Deux séro diagnostics sont également pratiqués :

-le 20-4 : négatif au 1/100 pour le type I

positif au 1/800 pour le type 4 B

-le 15-5 : avec l'autosouche, positif au 1/1 600 .

N° 9

O. B. S. n° 2 019

Service du Pr Agr LARBRE

- Garçon, né le 14-4-1965 à la Maternité de Tarare, hospitalisé le jour même pour prématurité.

- La mère, 26 ans, vit en ville (TARARE).

Pas de grossesse antérieure.

- Pas de circonstance particulière au cours de la grossesse.

- L'enfant naît 3 semaines avant terme. L'insertion latérale du placenta nécessite une rupture précoce des membranes. Le nourrisson naît étonné et il doit être réanimé. P. N = 2 100 g.

- A l'entrée dans le service, l'aspect de l'enfant est bon mais il existe une éruption parfois purpurique et pétéchiâle, parfois faite de macules dont certaines présentent une microvésicule centrale.

Le lendemain de l'entrée, apparaissent une rhinite croûteuse, une gêne respiratoire avec encombrement pharyngé croûteux. L'enfant geint, sa nuque est raide et sa fontanelle tendue.

L'examen révèle une splénomégalie et une T° à 37°4.

Le 16, soit 48 heures après l'entrée, apparaissent des convulsions.

- A l'hémogramme :

G. R.	:	4 240 000	
G. B.	:	9 400	
H. B.	:	15,30	
plaquettes	:	195 000	
P. N.	:	65%	
L.	:	8%	
M. M.	:	7%	35%
M.	:	20%	

5 érythroblastes

- L'examen d'urine :

A	:	0,15 g
S	:	2,80 g

Quelques leucos isolés plus ou moins altérés

Quelques très rares hématies.

- La P. L. ramène un liquide hémorragique contenant :

2 150 éltts/mm³ dont 64% de P. N ; 20% L et 16% M. M.

A = 4,5 g et S = 0,15 g.

- Les prélèvements pratiqués chez l'enfant révèlent la présence d'un L. M. 4 B dans le rhino pharynx, les pustules cutanées et le L. C. R.

Un staphylocoque doré est également présent dans le prélèvement cutané. Les coprocultures sont négatives, mais il n'a pas été recherché de *Listeria* électivement.

- Le traitement est instauré le 16, sous forme de perfusion:

Terramycine	100 mg
Streptomycine	10 cg
Colimycine	100 000 u
Néomycine nasal	

- A l'antibiogramme le germe est sensible à :

Tetracycline	Erythromycine	Novobiocine
Chloromycétine	Pénicilline	Pénicilline
Oxacilline	Flabelline	Streptomycine
Kanamycine	Rifocine	Colimycine

Il est résistant à :

Thiazomide	Rufol	Amidozol
Justamil	Sultirène	Uractil

- Le traitement est peu modifié :

La Colimycine est supprimée le 17

La Terramycine IV est passée à la dose de 60 mg

Et la Streptomycine IV à celle de 50 mg.

La perfusion est ainsi maintenue 12 jours; puis pendant 9 jours la Terramycine est administrée per os à la dose de 100 mg, et la Streptomycine IM à la dose de 100 mg.

L'antibiothérapie a duré 21 jours. Du Cortancyl est ajouté au moment de l'arrêt de la perfusion et est maintenu 25 jours.

- Dès la mise en route de la perfusion, l'état de l'enfant s'améliore lentement :

Le 16 au soir, bon état neurologique.

Le 17 l'éruption commence à s'effacer.

Le 18 : épisode de rétention urinaire, peut être en rapport avec une forte dose de Gardénal (8 cg en 6 heures).

La courbe thermique se normalise au 4ème jour.

Le pus oculaire disparaît en 24 heures et les sécrétions pharyngées en 5 jours.

Le 3-5, alors que la perfusion est arrêtée depuis une semaine et la corticothérapie réduite progressivement, l'examen clinique montre un bon aspect général avec P. C stable à 33 cms.

L'enfant est rendu à sa famille le 29-5, avec un état

neurologique, clinique et électrique satisfaisant.

L'évolution biologique est la suivante :

Une semaine après l'entrée le chiffre des globules rouges est normal à 4 850 000, alors qu'il existe une leucocytose (23 300) dont 60% de P.N. Dans les deux semaines qui suivent, alors que les leucocytes oscillent entre 6 700 et 9 000, il se constitue une anémie atteignant le chiffre de 2 910 000 globules rouges.

- Plusieurs P.L sont pratiquées :

Le 21-4: le liquide est hémorragique, il contient 500 éltts/mm³ A = 5,50 g ; S = 0,54 g. Sa culture est stérile.

Le 26-4: le liquide est légèrement xanthochromique, les éléments tombent à 240, l'albuminorachie à 2,20 g, la glycorachie reste stable.

Le 4-5 : le liquide est légèrement citrin, ne contenant plus que 6 éléments, l'albuminorachie est à 0,30 g et la glycorachie à 0,76 g.

- Une nouvelle hospitalisation est jugée nécessaire 3 mois après le début de l'infection, devant la constatation d'une hydrocéphalie signée par l'accroissement brutal du P.C (10 cms en 3 mois).

Rapidement le tableau clinique devient celui d'un H. I. C. avec vomissements et syndrome de Parinaud, sans anomalies E. E. G.

- L'hémogramme montre des G. R à 3 600 000, une leucocytose à 6 000 avec une lympho monocytose à 84 % .

- Le L. C. R qui est citrin et qui contient 8 éltts/mm³, a des cultures demeurant stériles. L'albuminorachie est à 0,65 g.

- Le 29-7-1965, l'enfant est opéré, mise en place d'une valve de Holter. Les suites sont bonnes sur le plan hydro dynamique , mais le pronostic reste incertain du point de vue cérébral et psycho moteur :

L'enfant est rendu à sa famille de nouveau le 18-9-1965.

Depuis, lors de plusieurs consultations, le retard psycho moteur se confirme. Il est noté par ailleurs une hypotrophie et en mai 1966 une splénomégalie est constatée, ainsi que l'existence de clochers fébriles isolés. La persistance de ces signes conduit à une 3ème hospitalisation le 5-7-66.

Outre la splénomégalie, il est mis en évidence une crâ-niosynostose sagittale tandis que dans le L. C. R est constatée une dissociation albumino cytologique, à deux reprises avec un A. L. B à 1,60g pour 7 éltts.

Les neuro chirurgiens conseillent l'ablation de la valve le 10-8-1966. L'enfant décède 3 jours après.

- L'examen microscopique du cerveau, montre l'existence

d'une hydrocéphalie sans signe de méningite.

- Des examens sérologiques sont effectués chez la mère:
 Le 23-4-1965 : type 1, négatif au 1/100
 type 4 B , positif au 1/800
 Le 3-5 : type 1 , positif au 1/100
 type 4 B, positif au 1/800
 autosouche positive au 1/800
-

N° 10

O B. S. n° P 261

Service du Pr Agr LARBRE

- Fille, née le 7-8-1965 à la Maternité de Condrieu, hospitalisée le jour même pour prématurité.
- La mère, 25 ans, vit en commune rurale (CONDRIEU).
- Pas de grossesse antérieure.
- 7 jours avant l'accouchement la mère présente un épisode infectieux, fébrile qui se prolonge et déclenche le travail.
- L'enfant naît 2 mois avant terme, par une présentation du siège. P.N = 1 800 g. Il présente une très légère syncope, mais la réanimation n'est pas nécessaire.
- A l'entrée ce prématuré est en bon état (T° 37°6), mais le soir même apparaissent de l'agitation, une éruption sur le tronc et les membres, et le lendemain un encombrement des voies respiratoires : l'aspiration ramenant des sécrétions muco purulentes.
- Le L. C. R est xanthochromique, très trouble, il contient 2 500 éltts/mm³, 98% P.N 2% L A = 2,50 g S = 0,25 g
- L'hémogramme :

G. R	:	5 100 000
G. B.	:	29 500
H. B	:	18,40
plaquettes	:	54 000
P. N	:	73%

L	:	16	)
M. M	:	1	) 27%
M	:	10	)

- L'examen d'urine ne montre pas d'anomalie.

- Des prélèvements sont pratiqués chez l'enfant :

Un L. M 4 B est présent dans l'hémoculture, le L. C. R, les prélèvements buccal et nasal.

Dans les selles, il existe un pyocyanique, également présent dans la bouche et le nez.

- Le traitement débute le 8, soit le lendemain de l'admission :

Terramycine	50 mg
Streptomycine	50 mg
Colimycine	100 000 u
Hydrocortisone	8 mg

- A l'antibiogramme le germe est sensible à :

Kanamycine	Streptomycine	Chloromycétine
Tétracycline	Pénicilline	Flabelline
Erythromycine	Sulfamides	

- La thérapeutique est maintenue avec adjonction le 9 de :

Solumédrol	7 mg
------------	------

- Dans un premier temps, l'état de l'enfant s'améliore nettement : chute thermique en 3 jours, diminution progressive de l'encombrement respiratoire, disparition des accès de plafonnement et des petits mouvements convulsifs au 5ème jour.

Mais le 14, réascension thermique, teint grisâtre et troubles vaso moteurs, adynamie et quelques accès de plafonnement.

La terramycine est remplacée par du Solnicol et le Solumédrol est administré à la dose de 3 mg.

Le décès survient le 16, à 16 heures soit 9 jours après l'admission.

- Il n'a pas été possible de pratiquer une autre P. L

La présence abondante de pyocyanique est-elle responsable du décès ?

- Les examens complémentaires sont pratiqués chez la mère:

. le 14-9 : un prélèvement vaginal est stérile.

1ère sérologie chez la mère le 10-8 :

positive au 1/200 pour le type I

négative au 1/100 pour le type 4 B

positive au 1/800 pour l'autosouche isolée chez

l'enfant.

- . 2ème séro diagnostic : (14-9)
 - positif au 1/100 pour le type I
 - positif au 1/100 pour le type 4 B
 - positif au 1/200 pour l'autosouche.
-

N° 11

O B S. n° 3 710

Service du Pr Agr BETHENOD

- Fille, née le 14-8-1965 à l'Hôtel-Dieu, admise à l'Hôpital à l'âge de 15 jours pour : accès fébriles aux 8ème et 9ème jours, refus du biberon et somnolence au 13ème jour, raideur au 15ème jour.

- La mère, 26 ans, habite en ville (LYON). Elle a deux enfants; pas de précision concernant la naissance.

- Pendant la grossesse, très nombreuses pertes purulentes sans cystite, sans pyélonéphrite, avec une albuminurie les 15 derniers jours.

- L'accouchement, spontané, a lieu 20 jours après terme. L'enfant pèse 3 280 g. A.P.G.A.R = 10 (P P = 850 g)

- A l'entrée la T° est à 37°. L'enfant moussé. Elle présente un opisthotonos réductible. Tous les réflexes néo nataux, sauf la marche, sont obtenus. Le regard est un peu absent.

Le lendemain de l'entrée : crises convulsives.

- Les examens biologiques :

. Urines : A = O S = O

De nombreux leucocytes plus ou moins altérés.

. Hémogramme :

G. R.	:	3 710 000	
G. B	:	16 400	
P. N	:	64	
L	:	13	)
M. M	:	15	) 36 %
M	:	8	)

L. C. R : purulent et citrin contenant:

10 800 éltts / mm³

P. N : 39%

L : 61%

A : 12 g

S : 0,49 g

Dans les prélèvements chez l'enfant :

un *Listeria* est trouvé dans la culture du L. C. R, il n'a pas été identifié.

Les selles contiennent un staphylocoque doré.

- La perfusion est installée le lendemain de l'entrée :

Pénicilline 6 M

Elcosine 0,50 g

Solnicol 100 mg

Hémisuccinate 12,5 mg

- Il n'a pas été fait d'antibiogramme.

Le décès survient le 31 à 5 heures du matin après de nombreuses convulsions.

- Vérification :

. Le cerveau est le siège d'une méningite purulente.

. Au niveau des poumons existe une stase veineuse avec oedème.

. Pas de lésions suspectes au niveau des autres organes.

. Seul l'examen histologique du cerveau a noté de petits infiltrats granulomateux plus ou moins nodulaires, composés de cellules monocytaires, dans les couches corticales superficielles.

N° 12

O. B. S P 343

Service du Pr Agr LARBRE

- Garçon né le 8-11-1965 à la Maternité de l'ARBRESLE , hospitalisé à l'âge de 48 heures pour prématurité.

- La mère 28 ans, vit à la campagne (BULLY). Elle a deux

enfants nés à terme.

- 15 jours avant la naissance elle présente un petit malaise attribué à l'inhalation de CO₂, durable.

- L'accouchement a lieu a domicile, 1 mois 1/2 avant terme. La poche des eaux se rompt spontanément. L'enfant pèse 2 220 g ; son état à la naissance n'est pas précisé.

- A l'entrée dans le service, la T° est à 38°, le nouveau-né présente une éruption, un ictère modéré, un encombrement rhino-bronchique. Les lèvres sont cyanosées il fait des pauses respiratoires; il est hypotonique.

- Les examens biologiques:

La P. L ramène un liquide hémorragique, contenant:

1 450 éltts/mm³

P. N 84 %

L 8)

M. M 4) 16 %

M 4)

A = 2 g S = 0,55 g

- Les prélèvements pratiqués chez l'enfant montrent la présence d'un L. M du type 4 B dans le L. C. R , l'hémoculture et le nez.

- Une perfusion est installée quelques heures après l'admission :

Terramycine 40 mg

Solumédrol 2 mg

Bristopen 200 mg

-A l'antibiogramme le germe isolé dans le L. C. R est sensible à :

Pénicilline	Tétracycline	Flabelline
Rifocine	Pénicline	Kanamycine
Streptomycine	Erythromycine	Sulfamides

Le germe est résistant à :

Colimycine	Oxacilline	Furadoïne
Chloromycétine		

Le germe isolé dans l'hémoculture est résistant aux sulfamides.

- Le décès de l'enfant survient le lendemain de l'admission, à 17 heures, lors d'une pause respiratoire.

- A la vérification, les poumons sont congestifs; le foie et la rate normaux, ainsi que les surrénales.

A l'examen histologique : les surrénales seules présentent des nodules arrondis, multiples, nécrotiques contenant des débris nucléaires et cellulaires, quelques poly nucléaires dont l'aspect évoque le nodule de la Listériose.

- Les examens complémentaires chez la mère :

. Une hémoculture pratiquée le 13-11 est stérile.

. Le prélèvement vaginal à la même date contient un

Listeria M. 4 B, alors qu'un prélèvement plus tardif (du 8-12) est stérile.

. Deux séro diagnostics sont pratiqués chez la mère :

le 13-11 : type 1 positif au 1/1 600

type 4B positif au 1/800

le 9-12 : type 1 positif au 1/200

type 4B positif au 1/100

La mère a été traitée 10 jours par un traitement local et général à la Tétracycline.

N° 13

O. B. S n° 2 319

Service du Pr Agr LARBRE

- Garçon, né le 4-12-1965 à Montgelas (GIVORS), hospitalisé à l'âge de 48 heures pour des troubles respiratoires survenus 2 jours après la naissance.

- La mère, 21 ans, habite la campagne (GRIGNY).

Il n'y a pas eu de grossesses antérieures.

- Pas de circonstances particulières au cours de la grossesse.

- L'enfant naît 1 mois avant terme. Il pèse 2 600 grammes, il est étonné et son état nécessite une réanimation.

- A l'entrée : T° : 38°2

Le tableau est gravissime. L'enfant est cyanosé, il fait des pauses respiratoires. Il présente une éruption purpurique, une conjonctivite bilatérale. La plupart des réflexes néo nataux sont absents.

- La P. L ramène un liquide xanthochromique, contenant

1 750 éltts/mm³ dont 95% de P.N et 5% de cellules. Alb . . : 3 g

Dans les urines l'Alb . . = 0,45 g

- Les prélèvements pratiqués chez l'enfant révèlent la présence d'un L.M 4 B dans le L. C. R , le nez et l'hémoculture.

- La thérapeutique est instaurée quelques heures après l'admission:

Pénicilline	2 M u
Streptomycine	75 mg
Terramycine	50 mg
Solumédrol	5 mg

- A l'antibiogramme, le germe est sensible à : (contenu dans le L. C. R)

Furadoïne	Pénicline	Pénicilline
Chloromycétine	Flabelline	Streptomycine
Kanamycine	Erythromycine	Novobiocine
Tétracycline	Oxacilline	Thiazomide
Sultirène	Rufol	Adiazine
Amidozol	Justamil	Uractil

Il est résistant à : Nibiol

Le germe isolé dans le nez est sensible à :

Erythromycine	Tétracycline	Streptomycine
Kanamycine		

Résistant à :

Oxacilline	Nibiol	Furadoïne
Pénicline	Pénicilline	Chloromycétine
Flabelline	Rifocine	Novobiocine
Sulfamides		

- Le lendemain de l'entrée, l'état de l'enfant est toujours aussi alarmant, il est comateux.

Du chloramphénicol est ajouté à la thérapeutique, mais le décès survient dans la nuit, environ 24 heures après l'admission.

- Des examens complémentaires ont été pratiqués chez la mère :

Le prélèvement vaginal est stérile

Deux séro diagnostics sont faits :

Le 9-12 : type 1 positif au 1/100
type 4B positif au 1/100

Le 13-12 : type 1 positif au 1/100
type 4B positif au 1/200

N° 14

O B S n° 3 971

Service du Pr Agr BETHENOD

- Garçon, né le 25-12-1965 à l'Hôtel-Dieu, hospitalisé à l'âge de 7 jours pour fièvre apparue au 6ème jour, accès de cyanose et convulsions au 7ème jour.

- La mère, 17 ans, vit en commune rurale (St-MAURICE-DE-BEYNOST).

Il s'agit d'une première grossesse qui s'est déroulée normalement. La mère a été en contact avec un chat porteur, au moment de la naissance, d'une affection étiquetée virale et guérie rapidement par les antibiotiques.

- L'enfant naît 15 jours avant terme, la poche des eaux se rompt spontanément. P.N : 3 130 g. Poids du placenta : 500 g. L'état de l'enfant est satisfaisant. Dans les suites la mère présente une infection urinaire traitée par Rufol.

-A l'entrée dans le service, la T° est à 39°; le nourrisson convulse; il existe une légère hypotonie mais les réflexes néo nataux sont obtenus.

- A l'hémogramme :

G. R.	:	4 070 000
G. B	:	3 500
H. B	:	15,8
P. N	:	67 %
L	:	9 %
M. M	:	20 %
M	:	4 %

- Les testes hépatiques sont normaux.

- La P. L ramène un liquide purulent qui contient 5 100 éléments blancs; P. N : 80 % et L. M : 20 % .

Albuminorachie : 7,5 g et Glycorachie : 0,37 g.

- Le L. C. R et l'hémoculture contiennent un L. M 4 B.

- La thérapeutique débute quelques heures après l'entrée, sous forme de perfusion :

Solnicol	150 mg
Pénicilline	3 M

Solumédine	75 cg
Solumédrol	5 mg
Streptomycine IM	125 mg

- A l'antibiogramme, le germe est sensible à :

Erythromycine	Tétracycline	Chloromycétine
Pénicilline	Sulfamides	Ampicilline
Streptomycine	Néomycine	

Le germe est résistant au Nibiol

- La thérapeutique est maintenue :

Solumédrol : 5 mg pendant les 10 premiers jours

Pénicilline	) pendant 20 jours
Soinicol (150 mg - 2 jours puis 75 mg - 18 jours)	
Solumédine	

Streptomycine 125 mg pendant 21 jours de façon continue, puis 17 jours de façon discontinue.

Cortancyl : 5 mg pendant 17 jours.

- Dans l'évolution apparaissent des vomissements rebelles (les radiographies gastriques sont normales) et une diarrhée (un E. Coli 119 B 14 est présent dans les selles).

- A l'arrêt du traitement, l'examen neurologique est satisfaisant, mais l'examen psychique n'est pas entièrement normal: il existe une certaine hypertonie et l'enfant ne suit pas du regard.

Différents E. E. G montrent des signes localisés à l'hémisphère gauche soit irritatifs, soit infravoltages.

- L'enfant est réhospitalisé, âgé alors de 4 mois, pour vomissements et strabisme. Le diagnostic d'hydrocéphalie post-méningitique est porté : le P. C a augmenté de 8 cms en 8 jours (après avoir éliminé par 2 fonctions un hématome sous-dural) confirmé par l'encéphalographie.

- Le 8 Août 1966, l'enfant est revu, son état général est bon, mais il reste très hypotonique et il ne se tient pas assis.

- Lors du premier séjour, plusieurs examens de L. C. R sont pratiqués :

le 4 - 1 : la P. S. O retire un liquide hémorragique contenant 73 éltts/mm³ dont 40% de P. N, 15 % L et 35 % de M. M. L'albuminorachie est à 3 g et la glycorachie à 0,65 g.

le 12 - 1 : le L. C. R trouble et xanthochromique renferme 40 éltts. A L B : 2 g et S : 0,49 g. La culture reste stérile.

le 18 - 1 : liquide légèrement trouble et xanthochromique avec 36 éléments par mm³ ; A L B : 1,8 g et S : 0,39 g.

le 28 - 1 : enfin le liquide est clair et renferme 17 éléments.
 Alb. : 1 gramme.

Lors du second séjour, une P.L ramène le 4 - 5 un
 liquide hémorragique : 49 élt/mm³ . P.N : 5 - L : 80 - M.M : 11 -
 Alb. : 1 g

le 13 - 5 : aspect légèrement xanthochromique, 48 élt,
 P.N : 9 - L : 70 et cellules : 21. Alb. : 0,60 g et S : 0,78 g.

et le 23 - 5 : 5 éléments. Alb. : 0,60 g et S : 0,64 g.

- Des examens complémentaires sont pratiqués chez la
 mère :

le 3 - 1 : le prélèvement vaginal est stérile et le séro
 diagnostic est négatif au 1/100 pour les types 1 et 4 B.

le 19 - 1 : le séro diagnostic reste négatif pour le type 1
 mais devient positif au 1/400 pour le type 4 B.

N° 15

O B S n° 3 994

Service du Pr Ag BETHENOD

- Garçon né le 7-1-1966 (à la Clinique St-Claude à DECINES),
 hospitalisé à l'âge de 48 heures, pour un encombrement des voies aérien-
 nes supérieures avec fièvre.

- La mère, 24 ans, habite en ville (DECINES), elle a trois
 enfants.

- Il n'y a pas de renseignements connus concernant la gros-
 sesse.

L'enfant naît à domicile, à terme; P.N : 3 160 grammes.

- L'examen clinique à l'entrée révèle un ictère, une cyanose
 des extrémités, alors que la T° est à 39°.

La rate et le foie sont hypertrophiés, il existe des signes
 de souffrance cérébrale, en particulier absence de réflexes néo nataux.

A la radioscopie, l'image thoracique est normale, mais
 des ronchus sont perçus à l'auscultation.

- La première P.L retire un liquide citrin et trouble, con-
 tenant 368 éléments : 73% P.N, 21% L et 6% de cellules; l'albuminora-
 chie est à 2 g. La bilirubine est à 10,2 mg %, il s'agit de bilirubine libre.



- A l'hémogramme :

G. R : 3 830 000
G. B : 7 200
H. B : 13,6

P. N : 30 - L : 3 - M. M : 31 - M : 6 -

Les urines sont normales.

- Un *Listeria Monocytogenes* de type 4 B est obtenu à la culture du L. C. R ; l'hémoculture est stérile et dans les selles, présence seule de pyocyanique.

- La thérapeutique débute le 9 Janvier sous forme de perfusion :

Terramycine 60 mg
Solnicol 60 mg
Solumédine 50 cg
Hémisuccinate d'hydrocortisone 10 mg

- A l'antibiogramme, le germe est sensible à :

Pénicilline	Oxacilline	Ampicilline
Streptomycine	Néomycine	Tétracycline
Chloromycétine	Erythromycine	Ceporine

Résistant au Nibiol et aux Sulfamides.

- La Terramycine est rapidement abandonnée; Solnicol, Solumédine et Hémisuccinate sont maintenus 19 jours; sont ajoutés de la Pénicilline IV (3 M) et de la Streptomycine IM (175 mg) pendant 17 jours.

- La radiographie pulmonaire faite 4 jours après l'entrée, montre une image de "tramite", ayant disparu totalement 15 jours après.

- Lors du premier, puis du deuxième jour d'hospitalisation, l'enfant présente une crise convulsive, la nuque est raide et les réflexes archaïques restent faibles.

- A l'arrêt de la perfusion, l'examen neurologique est satisfaisant, le cri est correct mais le regard reste un peu vague. L'enfant vomit à la reprise de l'alimentation par la bouche; les radiographies pratiquées ne montrent pas d'anomalie et le nourrisson part en pouponnière après 1 mois et demi d'hospitalisation. L'examen psycho moteur est alors normal mais il existe à l'E. E. G des signes irritatifs au niveau de l'hémisphère droit.

- L'évolution biologique de la méningite est la suivante :

le 10-1 : L. C. R hémorragique et trouble avec 2 220 éléments par mm³ ; 19% P. N ; 16% M. M ; 39% C et 26% cellules.

Alb : 4 g.

le 15-1 : liquide hémorragique, 320 éléments. P.N 34 ;
L : 34 ; 32 cellules et l'albuminorachie est supérieure à 2 g.

le 22-1 : liquide trouble, hémorragique avec 45 élt/s/mm³
Alb. : 1,40 g ; S : 0,5L g. La culture est stérile.

le -1 : L.C.R très légèrement trouble et xanthochromique contenant 3 éléments par mm³. Alb. : 0,70 g et S : 0,65 g.

- Un séro diagnostic pratiqué chez la mère est négatif au 1/100 pour les types 1 et 4 B .

N° 16

O B S n° 337 P

Service du Pr Agr BETHENOD

- Fille, née le 14-3-1966, (à la clinique de Vaise, LA DEMI-LUNE), hospitalisée le jour même pour détresse respiratoire avec pauses, ayant débuté à la 16 ème heure.

- La mère 38 ans vit à LYON.

- Elle a un enfant de 4 ans né à terme.

En 1965, elle fait une fausse couche à 2 mois 1/2 de grossesse consécutive à un épisode fébrile pseudo grippal.

Entre les grossesses, elle présente des leucorrhées de faible importance.

- La grossesse s'est déroulée sans incident.

- L'enfant naît 3 semaines avant terme; PN = 2 600 grs.

L'accouchement est rapide. L'état du nouveau né est satisfaisant durant les premières heures.

- L'examen clinique à l'entrée révèle une cyanose extrême généralisée, accompagnée de polypnée et de tirage, un ictère modéré, quelques points purpuriques. Il existe une conjonctivite, de la mousse au niveau des lèvres.

Le foie et la rate sont un peu hypertrophiés.

Enfin l'enfant est hypotonique et il crie faiblement; la T° est à 40°.

Le film pulmonaire montre un aspect d'opacité du Lobe supérieur gauche assez homogène mais peu dense, et une image nodulaire à prédominance périnilaire à droite.

- La P. L ramène un liquide clair, xanthochromique, contenant 12 élt/mm³. L'albuminorachie est à 1,10 g et la glycorachie à 0,63 g.

L'hémogramme montre une leucocytose (33 200) avec polynucléose (73 %). Les plaquettes sont à 66 000 et les G. R à 6 170 000. Il existe une hypocalcémie à 65 mg.

A 30 heures la bilirubine est à 9,5 mg % ml. Il s'agit de bilirubine indirecte.

L'examen d'urine est normal.

- Dans l'hémoculture, la salive et le méconium est mis en évidence un L. M du type I.

- Le traitement instauré le lendemain de l'entrée comporte:

Hydrocortisone	10 mg
Terramycine	60 mg
Pénicilline	500 000 u

- A l'antibiogramme le germe est sensible aux antibiotiques suivants :

Kanamycine	Ampicilline	Pénicilline
Novobiocine	Flabelline	Streptomycine
Erythromycine	Tétracycline	Chloromycétine
Oxacilline	Néomycine	

Le germe est résistant aux Sulfamides.

- Le traitement est modifié :

La Pénicilline est supprimée.

De la Streptomycine est introduite: 100 mg IM, ainsi que du Solnicol, 2 jours à 40 mg IV, remplacé ensuite par Tifomycine: 50 mg.

Terramycine est passée à la dose de 60 mg.

L'hydrocortisone est maintenue.

Le traitement dure 20 jours.

- Une dizaine de jours après le début de la thérapeutique , les signes cliniques ont disparu et la radio pulmonaire s'est normalisée.

- L'enfant quitte le service le 9-4; il existe alors une petite suppuration ombilicale à Coli et Staphylocoque.

L'E. E. G montre une petite asymétrie mais il n'y a pas de signes cliniques neurologiques.

- Le 28-3, une P. L est pratiquée: le L. C. R est clair, il contient 1 élt/mm³. Alb. = 0,3 g.

La culture est stérile.

La coproculture du 21-3 est stérile.

- L'enfant a été suivie en consultation, la dernière datant du 11-2-1967: l'examen clinique et le développement psycho moteur sont satisfaisants, et l'E. E. G est normal.

- Des examens complémentaires ont été pratiqués:

Le prélèvement vaginal du 7-3-1966 est demeuré stérile, ainsi que le lait maternel.

Des sérologies chez la mère sont restées négatives :

le 7-3-1966 : pour les types I et 4 B, séro diagnostic négatif au 1/100 ainsi que pour les autosouches.

le 11-2-1967 : pour les types I et 4 B le séro diagnostic est négatif au 1/100.

Chez l'enfant : le 5-4-1966 et le 11-2-1967 les séro diagnostics sont négatifs au 1/100 pour les souches I et 4 B .

N° 17

O B S n° 7 747

Service du Pr JEUNE

- Garçon, né le 23-3-1966 (à la Maternité de Ste-Foy-les-Lyon), hospitalisé le jour même pour prématurité.

- La mère, 26 ans, habite LYON.

- Il s'agit d'une première grossesse, menacée de fausse-couche pendant les deux premiers mois.

- L'enfant naît à 7 mois et demi de grossesse. Le travail est long, le nourrisson doit être réanimé car il est cyanosé. P. N = 2k300.

- A l'entrée la T° est à 37°. L'enfant présente une discrète cyanose des extrémités, un ictère apparu à la 7ème heure.

La rate est hypertrophiée. Les réflexes archaïques sont obtenus.

Le lendemain de l'hospitalisation, la T° s'élève à 39° et apparaissent quelques pétéchies au niveau des mains et des pieds ainsi qu'une éruption atypique confluyente de tout le corps. Sont notées également

des secousses nystagmiformes des globes oculaires. Le foie est perçu.

- A l'examen du sang, la bilirubine indirecte est à 6,4 mg% à la 10ème heure et 10 mg% à la 34ème heure. Le Coombs direct est négatif.

Les G. R = 4 410 000 ; G. B = 19 600 ; H. B = 13,9
P.N : 64 , L : 15 , M.M : 21 , 3 érythroblastes.

- Dans les urines, A. L. B = 0,10 g à la cytologie. flore +

- La P. L ramène un liquide hémorragique et trouble, contenant 12 000 élts/mm³ dont 80% P.N ; 15% L et 5% de cellules.
A. I. B : 6 g.

- La culture du L. C. R met en évidence un L. M 4 B , ce germe est également trouvé à l'hémoculture, la coproculture, dans les sécrétions pharyngées et oculaires (il existe un straphylocoque doré dans les deux derniers prélèvements).

- Le traitement est instauré vers la 36ème heure, en perfusion :

Terramycine	50 mg
Pénicilline	I M d'unités
Elcosine	50 mg
Solnicol	50 mg
Solumédrol	4 mg

- A l'antibiogramme le germe est sensible à :

Tétracycline	Pénicilline	Chloromycétine
Erythromycine	Streptomycine	Novobiocine
Pénicline	Flabelline	Oxacilline
Kanamycine	Sulfamides.	

- La Terramycine, le Solnicol et le Solumédrol sont maintenus en perfusion 16 jours.

La Pénicilline et l'Elcosine sont supprimées après 24 h.

- En 48 heures, la température se normalise autour de 36°, l'état de l'enfant s'améliore et il ne présente plus de convulsions.

Vers le 3 Avril, apparaissent des vomissements résistants aux antispasmodiques et pour lesquels est pratiqué un transit oesophago gastrique qui montre un défilé pylorique, avec retard à l'évacuation gastrique et une malposition cardio tubérositaire. Les troubles disparaissent à compter du 10 Avril avec l'association d'épaississants, d'antispasmodiques et d'une position demi-assise.

A cette même date apparaissent des selles glaireuses non améliorées par la Colimycine et le régime.

48 heures après l'arrêt de l'antibiothérapie, la T° remonte à 39° et le 12 au soir apparaissent des troubles respiratoires et des crises convulsives le 13 : l'enfant décède ce jour là vers 18 heures.

- L'évolution biologique est satisfaisante :

Les L. C. R se normalisent progressivement :

Le 29-3 : liquide hémorragique, 3 400 éltls dont 65% de P. N , 25% L et 10% M. M Alb . = 5,5 g S = 0,45 g

Le 4-4 : liquide trouble et xanthochromique, 328 éltls 55% P. N Alb . = 2,5 g S = 0,24 g

Et le 9-4 : liquide légèrement xanthochromique, 73 éltls Alb . = 0,8 g et S = 0,27 g

- Des examens complémentaires sont pratiqués chez la mère :

Le prélèvement vaginal du 25-3, contient un L. M. 4 B

Le séro diagnostic de la même date est :

 négatif au 1/100 pour le type 1

 positif au 1/200 pour le type 4 B

N° 18

O B S. n° 4 240

Service du Pr Agr BETHENOD

- Fille née le 22-4-1966 (à la Maternité de la Croix-Rousse), hospitalisée à l'âge de 48 heures pour cyanose apparue brutalement à la 12ème heure, accompagnée d'hypersialorrhée, et T° à 39° le jour de l'entrée.

- La mère habite en ville (LYON), elle a un enfant dont on ignore les circonstances de naissance.

- A l'entrée à la maternité, la mère est fébrile (T° 38°2) L'enfant naît 3 semaines avant terme, le liquide amniotique est teinté, mais l'état du nouveau né est satisfaisant; P. N = 2 680 .

- A l'arrivée dans le service la T° est à 37°7, il existe une cyanose et un ictère discrets, une conjonctivite purulente; l'hypotonie est importante et certains réflexes néo-nataux sont absents. Le film pulmonaire montre une image réticulo nodulaire bilatérale. Enfin la rate est

hypertrophiée.

Dans le sang existe une hyperbilirubinémie libre à 7,8 mg[°]/. Les urines sont normales.

La P. L ramène un liquide hémorragique avec 42 éléments 0,65 g d'albumine.

A l'Hémogramme :

G. R	4 690 000
G. B	26 000
Hb	17,7
Plaquettes	118 000
PN	68 %
Lympho	4 %
M Mono	23 %
Mono	5 %

La Calcémie est à 58,5 mg.

Seule l'Hémoculture contient un L. M 4b. Le L. C. R et la Coproculture sont stériles.

Quelques heures après l'entrée est installée une perfusion :

Solnicol	40 mg
Hémisuccinate d'Hydrocortisone	10 mg
Streptomycine	40 mg
Flabelline	24 mg

- A l'antibiogramme le germe est sensible à :

Kanamycine, Streptomycine; Novobiocine, Chloromycétine, Pénicilline, Tétracycline, Pénicline, Flabelline, Erythromycine, Néomycine.

Il est résistant à :

Oxacilline, Rifocine, Sulfamides.

La perfusion est administrée 5 jours puis le traitement est ainsi modifié:

Bristopen	1 comprimé pendant 3 jours
Terramycine	21 gouttes pendant 17 jours
Streptomycine I. M	40 mg pendant 8 jours
Cortancyl	5 mg pendant 8 jours.

L'évolution est rapidement satisfaisante et 9 jours après l'entrée l'état est bon et la radiographie pulmonaire est normale.

Le départ est un peu retardé par suite d'une gastro entérite accompagnée de vomissements pour lesquels il n'est pas reconnu d'étiologie.

L'examen sérologique pratiqué chez l'enfant est négatif au 1/100 ème pour les types I et 4b (12 jours après le début clinique de la maladie). Il n'a pas été effectué d'examens complémentaires chez la mère

N° 19

O. B. S n° 4 249

Service du Pr Agr BETHENOD

- Fille, née le 25-4-1966 (Clinique Lafayette: LYON) , hospitalisée à l'âge de 2 jours pour dyspnée et forte température (39°5).

- La mère, 28 ans, réside à LYON.

Pas d'antécédents obstétricaux.

- Pas de renseignements concernant la grossesse.

- L'enfant naît à terme; la poche des eaux est rompue artificiellement, le liquide est teinté. P.N = 2 700 grammes; le placenta pèse 490 g. Le nourrisson est étonné et encombré.

- A l'entrée, la température est à 38°5; l'examen clinique révèle un encombrement nasal, une dyspnée; l'enfant est hypotonique ; il manque quelques réflexes néo-nataux, le MORO est obtenu faiblement.

Sur le film pulmonaire est noté un flou au niveau du lobe supérieur droit.

- La P. L ramène un liquide hémorragique contenant 680 éltts/mm³ 52% P.N , 44% L , 4 % de cellules. L'albuminorachie est à 3,80 g.

- L'hémogramme :

G. R	:	5 550 000
G. B	:	8 800
P. N	:	54 %
L	:	12
M. M	:	26
M	:	8
4% d'érythroblastes		

- Un L.M du type 4 B est identifié à la culture du L. C. R et dans l'hémoculture.

Dans les selles, présence d'un staphylocoque doré ainsi que dans le nez.

- L'état de l'enfant s'aggrave après la ponction lombaire, et le décès survient lors de l'installation de la perfusion, dans un tableau de pauses respiratoires.

- A l'antibiogramme, le germe est sensible à :

Ampicilline	Flabelline	Oxacilline
Pénicilline	Streptomycine	Chloromycétine
Néomycine	Kanamycine	Erythromycine
Rifocine	Tétracycline	

Résistant aux Sulfamides.

- La vérification est pratiquée: les seuls faits constatés sont une congestion au niveau des surrénales et du cerveau, et un exsudat purulent dans ce dernier.

L'histologie révèle des micro abcès dans le parenchyme surrénalien, dont le centre nécrotique est riche en polynucléaires.

Dans le poumon présence de nodules de type broncho pneumonique.

- Le prélèvement vaginal de la mère ne contient pas de *Listeria* et un séro diagnostic est négatif au 1/100 pour les souches I et 4 B, ainsi que pour les deux autosouches.

N° 20

O. B. S. n° 4 631

Service du Pr Agr BETHENOD

- Fille, née le 3-5-1966 (à la Clinique de MONTBRISON), hospitalisée le jour même pour prématurité.

- La mère, 35 ans, vit en commune rurale (LEIGNEUX).

En 1955, enceinte de 6 mois et 1/2, elle met au monde un enfant mort né: la poche des eaux s'étant rompue 15 jours auparavant.

- Les deux derniers mois de la grossesse actuelle, la mère présente un état pseudo grippal : toux permanente sans expectoration ; température non contrôlée.

Le 2 Mai les mouvements foetaux sont moins bien perçus.

- L'enfant naît 2 mois avant terme. Le liquide est méconial. Il s'agit d'une présentation par le siège. P. N = 1 550 g. Le nouveau né est en état de mort apparente et il doit être réanimé. L'enfant est très cyanosé.

- A l'entrée dans le service, l'enfant présente une éruption diffuse du tronc à type microvésicules exulcérées, sans pus; des sécrétions glaireuses et sanglantes au niveau de la bouche; une sous maxillite bilatérale; une petite cyanose palmo plantaire. Il existe d'importants signes de souffrance cérébrale. L'enfant fait des pauses respiratoires. Il est hypotonique.



Le film pulmonaire est normal.

- La P. L ramène un liquide hémorragique contenant 80 éltts/mm³ dont 36 % de P. N , 2 % E , 22 % L, 14 % M. M , et 2 % M.
A. L. B = 2,50 g

A l'hémogramme les G. R. = 3 780 000 ; les G. B = 10 300 ;
H. B = 14,1, P. N = 49 ; L = 23 ; M. M = 25 ; M = 3 .

Les plaquettes = 138 000 8 % d'érythroblastes.

Les urines sont normales.

La calcémie est à 71 mg.

- Dans le prélèvement oculaire et à l'hémoculture est isolé un L. M du type I (présence également d'un staphylocoque doré dans l'oeil). Le pus de la sous maxillite contient un E. Coli.

Le L. C. R est stérile, et la coproculture contient un pyocyanique mais 1 *Listeria* n'a pas été recherché.

- Le lendemain de l'entrée débute un traitement en perfusion avec :

Terramycine	50 mg
Pénicilline	200 000 u
Streptomycine	30 mg
Hydrocortisone	6 mg

- A l'antibiogramme le germe est sensible à :

Ampicilline	Pénicilline	Oxacilline
Flabelline	Streptomycine	Néomycine
Kanamycine	Chloromycétine	Novobiocine
Erythromycine	Rifocine	Tétracycline
Sultirène	Thiazomide	Rufol
Amidazol	Uractyl	

Il est résistant à :

Justamil	Adiazine	Polymyxine
Colymycine		

- La thérapeutique est maintenue, puis modifiée et conduit ainsi à :

- 20 jours de Streptomycine
- 3 jours de Terramycine
- 21 jours d'hydrocortisone
- 18 jours de Tifomycine (remplaçant la Terramycine)
- 6 jours de Pénicilline

- Le lendemain de l'admission l'état de l'enfant s'est amélioré et l'examen neurologique est parfait; mais 3 jours plus tard, l'enfant a des régurgitations glaireuses, légèrement sanguinolentes; alors

que la sous maxillite s'évacue. L'enfant présente des pauses respiratoires de temps à autres. Deux convulsions : cet état accompagné de gêne respiratoire a persisté jusqu'au 5-6.

Les films pulmonaires restent normaux.

Le nourrisson est rendu à sa famille le 29-7 : il persiste un encombrement pharyngé sans doute d'origine centrale. L'examen neurologique n'est pas parfait; l'enfant est hypertonique et les réflexes sont vifs.

Le F.O et l'E.E.G sont normaux.

- Une seconde P.L est faite le 25-5 : le liquide est hémorragique, contenant 5 éltts/mm³. Alb = 1 g.

A l'hémogramme du 16-5 est noté une leucocytose (14 700) dont 51% P.N, le 2-6 la leucocytose est à 17 800, puis elle diminue progressivement pour atteindre 9 600 le 13-7.

- L'enfant est revu en consultation 1 mois après sa sortie :

L'E.E.G montre une diminution de l'activité électrique à droite.

Nouvelle hospitalisation le 19-10-1966 pour bilan : le comportement psychique est satisfaisant mais il existe un petit retard moteur: hypertonie en extension du tronc et de la nuque. L'E.E.G est identique au précédent. Le 14-1-1967, 3ème séjour pour pharyngite; l'examen neurologique révèle une grande hypotonie rachidienne et le retard mental est plus important que précédemment, par contre l'E.E.G est normal.

- Des examens complémentaires sont pratiqués:

Le 11-5, chez la mère le séro diagnostic est négatif au 1/100 pour les types I et 4^e B ; pour les autosouches (oeil et hémoculture) le séro diagnostic est positif au 1/200.

Il n'a pas été mis en évidence de Listeria dans les lochies maternelles.

N° 21

O. B. S n° 4 287

Service du Pr Agr BETHENOD

- Garçon, né le 8-5-1966 à l'Hotel-Dieu, hospitalisé à l'âge de 24 heures pour les symptômes suivants : toux, fièvre, raideur, pâleur et mucosités pharyngées. (à 38°5)

- Les prélèvements pratiqués chez l'enfant révèlent la présence d'un L. M. 4 B dans le L. C. R, l'oeil, l'hémoculture, la peau et le

pharynx.

Dans le pharynx existent en outre un staphylocoque doré pathogène, un E. Coli, un pyocyanique. E. Coli présent également dans le prélèvement cutané.

- 3 heures après l'admission est installée une perfusion :

Pénicilline	250 000 unités
Colimycine	300 000 u
Solnicol	60 mg
Streptomycine	60 mg

- A l'antibiogramme, le germe est sensible à :

Pénicilline	Oxacilline	Flabelline
Ampicilline	Chloromycétine	Novobiocine
Streptomycine	Kanamycine	Erythromycine
Rifocine	Tétracycline	Sulfamides
Pénicline	Oléandomycine	

- L'enfant décède le 9 Mai à 18 heures, soit 4 heures après l'installation de la perfusion.

- Vérification :

- . les poumons sont congestifs, mais flottants.
- . La pression fait sourdre du liquide muco purulent.
- . Les surrénales sont hémorragiques.
- . Le cerveau est le siège d'une méningite avec quelques exsudats purulents le long des vaisseaux corticaux.
- . A l'examen microscopique, aucun signe d'inflammation spécifique n'est mis en évidence.
- . L.M. 4 B est trouvé dans un fragment pulmonaire.

- Examens complémentaires chez la mère (pratiqués à la maternité) :

Pas de Listeria au niveau du vagin et du rhino pharynx.

Une sérologie est faite le 16-6-1966 :

négative au 1/100 pour le type I

positive au 1/200 pour le type 4 B

N° 22

O. B. S n° 4 291

Service du Pr Agr BETHENOD

- Garçon né le 10-5-1966 (à Oyonnax), hospitalisé à l'âge de 5 jours pour une Hyperthermie ayant débuté au 4ème jour, s'étant complétée de vomissements et de convulsions.

- La mère, 27 ans, demeure en ville (OYONNAX), elle a un enfant né à terme.

- Le 15 Avril, soit au 8ème mois de grossesse, elle présente un épisode pseudo "grippal", fébrile, traité par antibiothérapie . Depuis et jusqu'à l'accouchement, elle continue de tousser, et à des intervalles de très bonne santé alternent quelques jours de fièvre avec frissons. Enfin les mouvements foetaux cessent d'être perçus 8 jours avant l'accouchement.

L'enfant naît 15 jours avant terme; le liquide amniotique est très teinté; mais le nouveau né dont le P. N est 3 090 g a un A. P. G. A. R. à 10/10.

A l'entrée dans le service, le nourrisson présente des crises convulsives généralisées subintrantes, la T° est à 39°.

Dans la bouche il y a quelques glaires sanglantes, il existe une petite cyanose péri labiale.

A la Radioscopie est notée une grisaille des poumons, il n'a pas été fait de film pulmonaire.

La P. L ramène un liquide hémorragique et trouble, renfermant 31 800 éléments/mm3 dont 65% de P. N, 30% de Lympho , 5% de moyens Mono. L'albuminorachie est à 18 G.

A l'hémogramme :

G. R. :	3 630 000	
G. B :	16 100	
P. N :	84 %	
L :	5 %	
M. Mono :	5 %	
Myélo :	I	Plaquettes 110 000

Dans les urines Alb. = 0,1 g, et à la cytologie: cellules et leucocytes + ou - altérés.

Dans le L. C. R et l'hémoculture est mis en évidence un *Listeria Monocytogenes* 4b.

Le prélèvement de gorge contient un *E. Coli* et un *Streptocoque viridans* .

Deux heures après l'admission une perfusion est installée avec :

Solnicol	75 mg
Pénicilline	600 000 U
Hydrocortisone	6 mg
Streptomycine	50 mg

A l'antibiogramme le germe est sensible à :
Tétracycline , Erythromycine, Rifocine, Ampicilline, Pénicilline,
Flabelline, Oxacilline, Kanamycine, Streptomycine, Novobiocine.

Il est résistant aux Sulfamides.

La thérapeutique est maintenue, le Solnicol est administré à la dose de 50 mg par jour et l'hydrocortisone est augmentée à 12 mg.

L'état de mal convulsif persiste 48 heures et ne cesse qu'après 6 cg d'Eunoctal en IV. Le lendemain de l'entrée la culture du L. C. R retiré par une 2ème ponction est stérile.

L'enfant décède 3 jours après le début de l'hospitalisation, à 22 heures dans un tableau d'oedèmes généralisés et de gasps.

La vérification est effectuée:

L'examen du cerveau confirme la méningite purulente; Deux abcès sont constatés à la pointe des lobes temporaux; le cervelet est également le siège d'exsudats purulents.

Les autres organes ne montrent pas de lésions macroscopiques et dans ces mêmes organes l'histologie ne met pas en évidence de lésion pathologique si ce n'est quelques zones d'alvéolite oedémateuse au niveau des poumons.

Dans le cerveau des lésions granulomateuses péri ventriculaires semblent exister: Deux fragments sont prélevés qui révèlent une importante infiltration leucocytaire à prédominance de polynucléaires, accompagnée d'un certain degré d'oedème et d'exsudation fibrineuse sans lésion vasculaire notable.

Des examens complémentaires sont pratiqués chez la mère : le prélèvement vaginal demeure stérile et le séro diagnostic est négatif au 1/100 pour les types I et 4b.

N° 23

O. B. S. n° 4 324

Service du Pr Agr BETHENOD

- Fille, née le 27-5-1966 (à la Clinique Ste Marguerite), hospitalisée à l'âge de 6 jours pour chute pondérale et éruption cutanée.

- La mère, 26 ans, habite LYON. Elle a un enfant né à terme.

- Enceinte de 7 mois 1/2, elle fait un séjour de 10 jours dans une maison où se trouve un élevage de lapins. Au 8ème mois, un hydramnios est constaté.

- L'enfant naît 1 mois avant terme. L'accouchement spontané, est rapide. Le P. N est de 2 950 g. L'enfant présente des gémissements à la naissance.

- A l'entrée, il est apyrétique, gémissant, il présente un ictère accentué et une éruption maculo vésiculeuse. Le foie et la rate sont hypertrophiés. L'examen neurologique fait suspecter une méningite : absence de certains réflexes néo-nataux.

- Les examens biologiques

. hyperbilirubinémie néo natale: 8 mg‰ de bilirubine indirecte.

. hémogramme :

G. R.	:	2 900 000	
G. B	:	2 600	
H. B	:	9, 5	
plaquettes	:	90 000	
P. N	:	42	
L	:	12	)
M. M	:	14	) 58
M	:	32	)

. Le P. L ramène un liquide xanthochromique trouble qui contient :

2 850 élt/s/mm³
 88 ‰ P. N
 9 ‰ L
 3 ‰ Cellules
 A = 2 g
 S = 0,30 g

Les urines Alb 0
 S +
 nombreuses cellules



- Les prélèvements pratiqués chez l'enfant révèlent la présence d'une *Listeria monocytogenes* de type 4 B dans :

l'Hémoculture
le L. C. R
le liquide vésiculaire cutané
le rhino pharynx

Le méconium et le prélèvement oculaire n'en contiennent pas. Dans le liquide vésiculaire et le rhino pharynx existe en outre un *E. Coli*.

- Une perfusion est installée 2 heures après l'entrée :

Streptomycine	50 mg
Pénicilline	250 000 unités
Colimycine	250 000 "
Solnicol	50 mg
Hémissuccinate	10 mg
Solumédrol	4 mg

- A l'antibiogramme le germe est sensible à :

Pénicilline	Oxacilline	Flabelline
Pénicline	Kanamycine	Streptomycine
Néomycine	Rifocine	Erythromycine
Tétracycline	Novobiocine	Chloromycétine
Sulfamides		

- La thérapeutique est maintenue identique.

- L'état de l'enfant s'aggrave rapidement; alors que disparaît l'éruption, apparaissent : une hématomèse, un ballonnement abdominal, une contracture, un nystagmus.

- Le décès survient le 3, à 16 heures soit 29 heures après l'entrée dans un tableau de pauses respiratoires.

- La vérification est pratiquée:

les poumons sont congestionnés.
l'endocarde est un peu épaissi, jaunâtre.
le foie contient de petites nodulations multiples , jaunâtres, typiques de Listériose sur les faces supérieure et inférieure et à la section.

Il existe une congestion purpurique de la moitié supérieure de l'estomac.

Le cerveau est le siège d'une méningite purulente.

- A l'examen microscopique :

. Le parenchyme hépatique contient de nombreuses lésions arrondies, nécrotiques avec des éléments lymphocytaires, plasmocytaires et polynucléaires. L'aspect est celui rencontré dans les infections *Listeria*.

. Au niveau des poumons, alvéolite hémorragique et fibreuse, sans lésion inflammatoire spécifique.

. Le cerveau présente une congestion des régions péri vasculaires postérieures, sans lésion granulomateuse inflammatoire.

- Il n'a pas été pratiqué d'examens complémentaires chez la mère.

N° 24

O. B. S. n° 4 321

Service du Pr Agr BETHENOD

- Fille née le 27-5-1966 (à la Clinique Ste Marguerite), hospitalisée à 48 heures de vie, pour cyanose et fièvre.

- La mère, 36 ans, habite LYON.

- Deux ans auparavant, elle a présenté une fausse couche à 2 mois 1/2 de grossesse.

- 3 semaines avant l'accouchement, elle consomme du lapin, qui est mal supporté et des frissons apparaissent le lendemain (il n'y a pas eu de prise de température).

Consommation également de viande peu cuite et d'oeufs crus pendant la grossesse.

20 jours avant l'accouchement est notée une cystite, sans fièvre, sans examen d'urine microscopique. Pas d'albumine.

- L'accouchement a lieu 15 jours avant terme, non fébrile, spontané.

La poche des eaux s'est rompue 3 heures avant, le liquide en est noirâtre. L'enfant pèse 2 520 g ; son état est bon.

- A l'entrée, il est apyrétique. Il présente un ictère, une éruption papuleuse et purpurique, une suppuration conjonctivale et un encombrement nasal.

- Les examens du sang:

. hyperbilirubinémie: 6,3 mg % ml IND

. hémogramme	G. R.	:	4 700 000
	G. B.	:	4 100
	H. B.	:	15
	P. N.	:	56



L : 4)
 M. M : 28) 44
 M : 12)
 plaquettes : 77 000
 érythroblastes : 13 %

. Le L. C. R est xanthochromique, clair contenant 10
 éltts/mm³

A = 0,70 g S = 0,46 g

- Les prélèvements pratiqués chez l'enfant permettent
 d'isoler un L. M 4 B dans le L. C. R , l'hémoculture et le rhino pharynx.
 La coproculture est stérile.

- Le traitement est instauré 1 heure 1/2 après l'entrée
 sous forme de perfusion:

Pénicilline	200 000 u
Streptomycine	50 mg
Solnicol	50 mg
Hémisuccinate	12,5 mg
Solumédrol IM	3 mg

- A l'antibiogramme, le germe isolé dans le L. C. R est
 sensible à :

Pénicilline	Novobiocine	Tétracycline
Chloromycétine	Rifocine	Flabelline
Pénicilline	Kanamycine	Streptomycine
Erythromycine		

Il est résistant à :

Furadofne	Oxacilline	Sulfamides
-----------	------------	------------

(Le germe isolé dans l'hémoculture n'a pas de résistance
 pour ces 3 derniers antibiotiques).

- La thérapeutique est maintenue identique. L'état de l'an-
 fant s'améliore initialement , mais vers 19 heures apparaît une cyanose
 péribuccale et l'enfant meurt subitement à 20 heures, soit 20 heures après
 l'installation de la perfusion.

- A la vérification, les poumons sont oedémateux et con-
 gestifs.

Il existe une thrombose de l'Iliac primitive droite.
 Les surrénales présentent des hématomes bilatéraux.

- A l'examen histologique :

. Au niveau des reins: vaso dilatation des vaisseaux
 médullaires surtout.

. Alvéolite oedémateuse et catarrhale au niveau des
 poumons.

- . Souffrance cellulaire de certains hépatocytes.
- . Micro abcès au niveau des surrénales et nécrose hémorragique.

- Des examens complémentaires sont pratiqués chez la mère :

- . l'hémoculture est stérile.
- . le prélèvement vaginal du 29-5 montre la présence d'un klebsiella et d'un Listeria 4 B à la culture.
- . Le prélèvement du 29-10 est stérile.
- . Le 29-10-1966, le séro diagnostic est négatif au 1/100 pour les souches 1 et 4 B.

N° 25

OBS. n° 4 434

Service du Pr Agr BETHENOD

- Garçon, né le 2-7-1966 (à l'Hôtel-Dieu), hospitalisé à l'âge de 20 jours pour pyrexie et convulsions.

- La mère, 32 ans, vit en ville (FEYZIN).

Après avoir présenté trois Fausses Couches à 3 mois, 2 mois 1/2, et 1 mois 1/2, elle a mis au monde un enfant à terme.

- La grossesse s'est déroulée sans circonstances particulières.

- L'enfant naît à terme; P.N : 4 850 g (980 g = PP). Son état est satisfaisant.

- A l'entrée dans le service, la température est à 40°. Le nourrisson convulse, vomit, la nuque est raide; la fontanelle un peu tendue. La rate est hypertrophiée. Il présente une otite bilatérale.

Radiographie Pulmonaire normale.

- Les examens biologiques :

. La P.L ramène un liquide trouble, contenant 1 520 éltts/mm³ dont 76 % P.N , 24 % L

Alb. = 1,7 g

. L'hémogramme:

G. R : 4 200 000

G. B	:	15 700	
H. B	:	13, 9	
Plaquettes	:	231 000	
P. N	:	55 %	
L	:	26 %	)
M. M	:	14 %	) 45 %
M	:	5 %	)

. Examen d'urine : Alb = 0 S = 0
cyto : rares leucos isolés non altérés.

- Les prélèvements pratiqués chez l'enfant révèlent un L. M. du type 4 B à la culture du L. C. R . L'hémoculture, la coproculture , l'uroculture sont stériles

Le pharynx contient un E. Coli et un streptocoque viridans.
L'ombilic : un klebsiella et un entérocoque.

- La perfusion est installée 3 heures après l'entrée:

Pénicilline	5 M
Elcosine	1 g
Streptomycine	100 mg
Solnicol	125 mg

- A l'antibiogramme, le germe est sensible à :

Amidazol	Kanamycine	Streptomycine
Néomycine	Pénicilline	Ampicilline
Méthicilline	Novobiocine	Rifocine
Chloromycétine	Erythromycine	Tétracycline

Il est résistant à :

Adiazine	Sultirène	Rufol
Thiazomide	Justamil	Uractyl

- Le traitement est maintenu 20 jours (sauf l'Elcosine qui est arrêtée au 4ème jour).

. 12 jours de perfusion

. 8 jours = 0,50	Tifomycine per os
250 mg	Streptomycine I. M
2 M	Pénicilline I. M

- Après 11 jours de traitement, l'état clinique est satisfaisant, mais l'enfant ne paraît pas tout à fait normal sur le plan psychique.

Trois E. E. G pratiqués montrent un discret infra voltage de l'hémisphère droit.

- 4 P. L. sont pratiquées :

. 22-7	: L. C. R trouble	1 520 éltts/mm ³
76 % P.	24 % L	A : 1,7 g

- . 24-7 : L.C.R légèrement trouble 1 160 éltts/mm³
57% P.N 43 % L Alb . : 1,80 g
- . 27-7 : liquide clair 86 éltts A = 1,2 g S = 0,63 g
- . 8-8 : L.C.R clair 5 éltts Alb . : 0,9 g S = 0,61 g

Les cultures des 3 derniers L.C.R sont stériles

- L'enfant est revu en décembre 1966, soit 5 mois après le début de la méningite. Son état clinique est excellent et le développement mental paraît très bon.

Excellent pronostic cérébral.

L'E. E. G s'est normalisé.

- Les examens complémentaires :

. Chez l'enfant, 3 sérologies sont pratiquées: le 25 Juillet, le 13 Août et le 19 Décembre 1966. Elles sont négatives au 1/100 pour les souches I et 4 B.

. Chez la mère, un prélèvement vaginal effectué le 25 -7-1966 est stérile. Deux sérologies sont négatives au 1/100 pour les deux types de *Listeria* (le 25 Juillet et le 19 décembre 1966).

N° 26

C B S n° 3 083

Service du Pr Agr LARBRE

- Fille née le 25-7-1966, hospitalisée à l'âge de 48 heures pour fièvre, éruption, crises tétaniformes apparues le lendemain de la naissance.

- Pas de renseignements concernant la mère de l'enfant, les antécédents obstétricaux et le déroulement de la grossesse.

- L'enfant naît à 8 mois 1/2. P.N = 2 370 g. Elle naît étonnée, avec décollement prématuré du placenta normalement inséré.

- A l'entrée, l'enfant geint. Son teint est gris. Elle présente un ictère, une éruption, une conjonctivite bilatérale. Le ventre est météorisé. La rate est hypertrophiée. Il existe un strabisme convergent, intermittent. Le M O R O seul est obtenu parmi les réflexes néo-nataux.



- Les examens biologiques :

. Le L. C. R est citrin :

320 éléments/mm³

A = 2 g S = 0,54 g

- Les prélèvements pratiqués chez l'enfant révèlent la présence d'un L. M. 4 B dans le L. C. R et dans l'hémoculture.

- A l'antibiogramme le germe est sensible à :

Ampicilline	Pénicilline	Flabelline
Oxacilline	Kanamycine	Chloromycétine
Tétracycline	Erythromycine	Rifocine
Sulfamides :	Sultirène	Rufol Adiazine

Il est résistant à :

Négram	Uractyl	Amidozol
Justamil	Thiazomide .	

- L'enfant décède 1 heure après l'admission (soit à 24 heures) avant qu'une perfusion ait pu être installée.

- Il n'a pas été pratiqué de vérification ni d'examen complémentaire chez la mère.

N° 27

O B S n° P 497

Service du Pr Agr BETHENOD

- Garçon né le 25-8-1966 (à l'Hôtel-Dieu), hospitalisé à la 11ème heure pour prématurité.

- La mère, 26 ans, vit en commune rurale (ARACHES) . Elle a un enfant né à terme.

- Pendant la grossesse, elle a consommé du lapin à plusieurs reprises.

La veille de l'accouchement, elle présente une température isolée à 38°.

- L'enfant naît 2 mois et 10 jours avant terme.
P. N = 1 640/500. Il est vigoureux.

- A l'entrée l'examen clinique est entièrement négatif.



- L'examen systématique du méconium ayant révélé la présence d'un L. M 4 B, une P. L est pratiquée : le L. C. R est citrin , il contient 18 élt/s/mm3

A = 1,20 g

S = 0,43 g

- L'hémogramme :

G. R	:	5 120 000	
G. B	:	46 000	
H. B	:	19,4	
Plaquettes	:	115 000	
P. N	:	88 %	
L	:	4 %	) 12 %
M. M	:	8 %	

- D'autres prélèvements sont pratiqués chez l'enfant :

Dans l'hémoculture présence d'un Listeria M 4 B.

Dans le L. C. R et le prélèvement oculaire est mis en évidence un staphylocoque blanc isolé.

- A l'antibiogramme, le germe est sensible à :

Pénicilline	Ampicilline	Flabelline
Tétracycline	Chloromycétine	Streptomycine
Néomycine	Kanamycine	Erythromycine
Oxacilline	Novobiocine; Limite à Colimycine	

Il est résistant aux Sulfamides et Polymyxine.

- Le traitement est instauré à la 65ème heure :

Streptomycine	35 mg	pendant 10 jours
Pénicilline	200 000 u	pendant 2 jours
Solnicol	35 mg	pendant 10 jours
Colimycine	75 000 u	pendant 10 jours
Hydrocortisone	6 mg	pendant 10 jours

- Au 3 ème jour l'enfant présente une pause respiratoire, celle-ci se reproduisant de plus en plus fréquemment.

Il n'y a pas eu d'hypersécrétion pharyngée , ni de troubles respiratoires, et la Rx Pulmonaire est impeccable, pas d'éruption, pas d'hépatite, ni de splénomégalie.

Le 2-9-1966, apparaissent des pauses cardiaques.

Le 3-9-1966, les pauses respiratoires sont très fréquentes, provoquant le décès le 7-9-1966, soit 13 jours après l'admission.

- La vérification est pratiquée:

Découverte d'une méningite purulente et d'une petite hémorragie méningée. Il existe une hémorragie intra gastrique et d'une hémorragie superficielle au niveau des poumons.

Les autres organes sont normaux.



- A l'examen microscopique :

Seul le foie présente une stéatose discrète.

Au niveau du cerveau : méningite purulente prédominante dans les vallées sylviennes. Volumineuse hémorragie sous arachnoïdienne de la partie inférieure du cervelet.

- Les examens complémentaires pratiqués chez la mère montrent la présence d'un E. Coli dans le vagin et à l'hémoculture un germe anaérobie : cocci gram + non identifié.

N° 28

O. B. S n° P 500

Service du Pr Agr BETHENOD

- Fille née le 29-8-1966 (à Tarare), hospitalisée à l'âge de 19 heures pour cyanose apparue dès la naissance.

- La mère, 19 ans, vit en commune rurale (VILLECHENEVE), il s'agit d'une première grossesse.

Le jour de l'accouchement la mère présente une fièvre à 40° dont l'étiologie et la durée sont inconnues.

- L'enfant naît un mois et demi avant terme il pèse 2 000/700 g. Il est cyanosé.

- A l'entrée le nourrisson est fébrile : T° 38°2 sont teint est gris, ses extrémités et lèvres sont cyanosées, il gémit et crie faiblement ; Il présente une éruption faite de pustules d'un ou deux millimètres de diamètre, disséminées sur tout le corps, et de quelques macules de deux à quatre millimètres. Il existe également une conjonctivite purulente bilatérale, le foie est hypertrophié et dur; l'enfant est hypotonique et parmi les réflexes néo-nataux seule une faible succion est obtenue.

Au niveau des lèvres présence de mousse; le rythme respiratoire est à 80 par minute. Il existe un léger tirage et à l'auscultation pulmonaire sont perçus des râles humides dans les deux champs, mais le film thoracique est normal.



La P. L ramène un liquide citrin et légèrement trouble contenant 1 055 éléments blancs dont 70 % de PN et 30 % de Lympho.

L'Albuminorachie est à 5 g.

A l'hémogramme :

G. R	:	3 940 000
G. B	:	4 500
Hb	:	14, 90
P. N	:	78
P. E	:	1
L		18
M. Mono		3

Dans les urines Albumine = 0,95

Un *Listeria monocytogenes* de type I est isolé à partir de nombreux prélèvements: conjonctival, rhino pharyngé, buccal, cutané, hémoculture L. C. R et Urines.

Le traitement sous forme de perfusion est mis en route quelques heures après l'admission :

Pénicilline	250.000 U
Streptomycine	50 mg
Solnicol	50 mg
Hydrocortisone	10 mg

A l'antibiogramme, le germe est sensible à :

Flabelline, Néomycine, Rifocine, Erythromycine, Tet racycline, Chloromycétine, Kanamycine, Streptomycine, Péniciline.

Il est résistant à :

Novobiocine, Polymyxine, Sulfamides.

Le lendemain de l'entrée l'état reste alarmant, la respiration est irrégulière et l'enfant présente des secousses de contracture en extension et des mouvements de mâchonnement, l'examen neurologique demeure identique le décès survient alors que l'enfant a 24 heures.

La vérification est pratiquée:

Au niveau du coeur existe une intense congestion, le foie est typique de Listériose avec de très nombreuses granulations dispersées sur les deux faces et à la coupe.

La Rate contient un petit nodule, la corticale des reins est peut-être anormalement pâle.

Au niveau du Cerveau présence d'une importante méningite purulente.

A l'examen histologique dans les deux parenchymes hépatique et surrénalien présence de multiples foyers nodulaires assez volu-



mineux, ces foyers sont formés de cellules nécrotiques sans éléments inflammatoires périphériques l'aspect est celui de Listériose. Les Poumons sont le siège d'une intense alvéolite oedémateuse sans signe spécifique.

Il n'a pas été pratiqué d'examens complémentaires.

N° 22

O B S n° 3 325

Service du Pr Agr LARBRE

- Garçon, né le 26-9-1966 (à Ste Marguerite), hospitalisé à l'âge de 48 heures pour gêne respiratoire, gémissements, fièvre apparus à la 36ème heure.

- La mère, 23 ans, habite en ville (OULLINS).

- Il s'agit d'une première grossesse, ayant été menacée de fausse couche aux 4ème et 5ème mois.

- 15 jours avant l'accouchement, la mère présente un épisode fébrile pseudo-grippal, subsistant au moment de l'accouchement.

- L'enfant naît à terme; le liquide amniotique est méconial. P.N : 3,300 kg, l'état de l'enfant est bon.

- A l'entrée : T° à 38°5. L'examen clinique révèle une conjonctivite purulente bilatérale, une splénomégalie et une polypnée: le film pulmonaire montre une infiltration peu homogène de la base droite.

A l'examen neurologique, ne sont pas obtenus les réflexes de marche et d'inclinaison latérale du tronc.

- La P.L ramène un liquide trouble contenant 14 000 éléments par mm³ dont 95 % L. L'Alb. est à 4 g et le sucre à 0,5 g.

A l'hémogramme :

G. R.	:	5 300.000
G. B	:	15 500
H. B	:	16,5
Plaquettes:		44 000

P.N : 82 L : 11 M.M : 5 M : 2

Dans l'examen des urines existent des traces d'albumine.

- des prélèvements sont pratiqués chez l'enfant: présence d'un L. M. 4 B dans le rhinopharynx, l'oeil et le L. C. R

Un E. Coli est présent dans le pharynx et un klebsiella dans le nez.

La coproculture ne contient pas de Listeria et l'hémoculture est stérile.

- 2 heures après l'entrée, est installée une perfusion :

Terramycine	100 mg
Hydrocortisone	12,5 mg

- A l'antibiogramme le germe est sensible à :

Ampicilline	Oxacilline	Méthycilline
Pénicilline	Streptomycine	Néomycine
Kanamycine	Erythromycine	Rifocine
Tétracycline	Chloromycétine	Novobiocine
Adiazine		

Le germe est résistant aux autres sulfamides.

- La Terramycine et l'hydrocortisone sont maintenues.

Au traitement sont ajoutés :

Streptomycine	100 mg
Solnicol	75 mg

La perfusion est laissée 10 jours puis pendant 3 jours

l'enfant reçoit :

Cortancyl	5 mg
Streptomycine	100 mg (I. M)
Tifomycine per os	75 mg

De nouveau une perfusion est installée:

Hydrocortisone	12,5 mg
Streptomycine	100 mg
Solnicol	75 mg

Puis pendant 12 jours :

Cortancyl	5 mg
Streptomycine	100 mg
Tifomycine	75 mg

Le traitement a duré 27 jours.

- Rapidement l'état clinique est satisfaisant et 7 jours après l'entrée la R. P est normale. Le 29-10-1966 l'enfant présente une petite convulsion, mais l'E. E. G reste normal.

L'enfant est rendu à sa famille après 2 contrôles de

L. C. R :

. le 10-10-1966 : liquide clair, contenant 41 éléments

ALB : 0,50

. le 25-10-1966 : liquide clair, avec 5 éléments,



Alb. : 0,30 g S : 0,43 g. La culture est stérile.

- L'enfant est revu en consultation 2 mois après sa sortie: son comportement psycho-moteur est excellent et son état général parfait, mais le 15-2-1967, on constate à l'âge de 5 mois, une hydrocéphalie (P. C = 49,5 au lieu de 42,5 cms) sans signes cliniques, ni électriques d'H I C . L'enfant est opéré le 28-2-1967 avec mise en place d'une valve de HOLTER ; les suites sont simples.

- Des examens complémentaires ont été pratiqués chez la mère le 4-10 :

- . Le séro diagnostic est négatif au 1/100 pour les types I et 4 B.
 - . Le prélèvement vaginal est stérile.
-



CHAPITRE IV

CHAPITRE IV

ETUDE CLINIQUE DE LA LISTERIOSE NEO NATALE

Il est classique d'opposer quatre grands types cliniques de Listériose néo natale :

- LA FORME SEPTICEMIQUE.
- LA FORME MENINGEE PURE .
- LA FORME PULMONAIRE .
- L'INFECTION INAPPARENTE .

Parmi les 30 observations collectées à l'hôpital Debrousse entre 1963 et 1966, la répartition des tableaux cliniques est la suivante :

LES FORMES SEPTICEMIQUES sont certaines dans 19 observations car *Listeria Monocytogenes* a été isolé à partir de l'hémoculture.

DES FORMES PROBABLEMENT SEPTICEMIQUES sont cliniquement très suspectes dans 3 observations (N° 2. 9. 4.) mais dans deux cas l'hémoculture n'a pas été pratiquée, et , dans l'autre , elle est demeurée stérile, mais une antibiothérapie avait préalablement été instituée (n°2)
A côté de ces 22 observations :

LA FORME MENINGEE PURE est certaine chez 4 malades qui présentaient un syndrome méningé clinique et biologique et dont le L. C. R contenait *Listeria*, alors que l'hémoculture était stérile.

QUATRE FORMES MENINGEES NE SONT QUE PROBABLEMENT PURES :
car le L. C. R. était pathologique et permit la pousse de *Listeria*, il n'y avait aucun signe clinique de diffusion septicémique, mais les hémocultures n'ont malheureusement pas été pratiquées.

LA FORME PULMONAIRE définie par ses signes radiologiques associés à la stérilité du L. C. R est certaine pour les obs. n° 4, 16 et 18 alors que dans l'obs. n°2 l'antibiothérapie avait précédé la P. L.

LA FORME SEPTICEMIQUE

LES ANTECEDENTS INFECTIEUX DURANT LA GROSSESSE

Il sont classiquement fréquents, et sur nos 22 septicémies certaines ou probables, ils ont été retrouvés à 9 reprises, dont 7 fois moins d'une semaine avant l'accouchement.

D'autre part, en fin de grossesse, deux fois fut notée la constitution d'un Hydramnios.

L' ACCOUCHEMENT est volontiers prématuré, et dans 9 cas il a été pathologique

- Huit fois le liquide amniotique était teinté ou méconial.
- Une fois existait un décollement prématuré du placenta normalement inséré.
- Une fois un placenta praevia marginal.

Deux seulement des 22 enfants naquirent à terme, la prématurité variant pour les 20 autres enfants de 15 à 70 jours.

A LA NAISSANCE 8 nourrissons durent être réanimés, 5 enfant présentent de la CYANOSE, de l'HYPOTONIE, ou ne crièrent que tardivement. Dans tous les cas LE DEBUT, le plus souvent très bruyant, fut extrêmement PRECOCE, un seul cas ayant débuté seulement au 4ème jour.

LES SIGNES CLINIQUES OBSERVES furent les suivants :

- DE LA CYANOSE alternant ou non avec de la PALEUR fut notée 11 fois
- DE LA FIEVRE supérieure à 38° le jour de l'admission fut observée dans 11 cas.

SUR LE PLAN NEUROLOGIQUE

Dans 9 cas existait une symptomatologie méningée caractéristique :

La RAIDEUR fut observée 4 fois.

Des VOMISSEMENTS attirèrent l'attention chez 3 enfants.

Une TENSION ANORMALE DE LA FONTANELLE fut notée 3 fois.

Des CONVULSIONS furent observées dans 3 cas.

L'ANOMALIE DU CRI était flagrante chez 3 enfants.

Deux nourrissons présentaient de l'AGITATION ou de l'INERTIE. Cinq étaient HYPOTONIQUES.

Dans 8 observations furent notées des anomalies des REFLEXES NEO-NATAUX.

Des PAUSES APNEIQUES furent constatées chez 8 enfants.

De la MOUSSE AUX LEVRES a été retrouvée chez 6 malades.

La DYSPNEE a été constatée à 5 reprises.

Certains signes cliniques sont considérés comme très évocateurs de Listériose néo-natale. Par mi eux :

- L'ERUPTION CUTANEE est un symptôme de grande valeur. L'aspect le plus caractéristique est représenté par la présence de vésicules , à partir desquelles il est d'ailleurs possible d'isoler Listeria , alternant avec des éléments purpuriques ou pétéchiaux disséminés mais prédominant assez souvent au niveau du dos et des fesses. Dans 4 observations des vésicules ont été retrouvées, et dans les 3 cas où leur liquide fut prélevé, il a été possible de mettre en évidence la présence de Listeria.

Le caractère purpurique de l'éruption a été retrouvé chez 7 malades, 4 fois isolément et une fois associé à des éléments vésiculeux.

Une éruption Maculo papuleuse fut signalée chez 7 nourrissons, 4 fois associée à des microvésicules, et 3 fois isolée.

- LA RHINITE PURULENTE est également dans la période néo-natale évocatrice d'infection Listérienne. Elle fut retrouvée chez 10 malades. Chez 8 d'entre eux les prélèvements bactériologiques pratiqués montrèrent la présence de Listeria.

- LA PHARYNGITE figure parmi les localisations électives de LISTERIA dans la période néo-natale. Elle peut être très importante et nécessiter, comme ce fut le cas chez 4 malades des aspirations répétées. Son aspect classiquement le plus évocateur est celui de nodules isolés ou multiples, arrondis jaunâtres ou saillants.

Il ne nous a pas été donné d'observer de tels aspects mais l'examen bucco-pharyngé de nourrissons s'est souvent révélé très difficile. Par contre, un encombrement pharyngé le plus souvent accompagné de sécrétions purulentes a été noté chez 7 malades, revêtant 2 fois un aspect croûteux, dans tous ces cas Listeria fut retrouvé dans les prélèvements pharyngés ou nasaux.

UNE CONJONCTIVITE PURULENTE BILATERALE doit aussi faire évoquer l'infection Listérienne. Elle fut présente dans 10 des 22 septicémies. Le plus souvent, elle est d'installation très précoce.

L'HEPATOMEALIE ET LA SPLENOMEALIE entrent aussi dans les signes de Septicémie Listerienne. Dans les 22 observations de Septicémie rapportées elles ont été notées 7 fois dont 4 fois conjointement.

L'ICTERE difficile à interpréter dans la période néo-natale, doit pour être retenu apparaître soit très précocement, soit au contraire tardivement. Les sels biliaires sont abondants dans les urines, et dès le tout début existent des signes d'altération de l'hépatocyte: élévation des transaminases sériques, parfois, mais inconstamment, positivité des floculations. Si, dans nos 22 observations, il fut relevé 6 fois, dans 5 cas, l'ictère de par sa date d'apparition et de par le caractère libre de la bilirubine semble bien être de type "physiologique".

Dans un cas (obs n°2) l'ictère fut d'apparition tardive, la bilirubine essentiellement conjuguée et le test de Coombs négatif; il n'a malheureusement pas été fait d'investigations complémentaires.

AU TOTAL si dans un tableau néo-natal grave l'on s'en tient à considérer comme évocateurs de Listériose, l'ERUPTION, la RHINITE, la CONJONCTIVITE et la PHARYNGITE, dans 19 des cas un ou plusieurs de ces symptômes étaient présents, et notamment l'éruption fut constatée dans 14 observations.

Parmi les examens biologiques outre l'hémoculture déjà mentionnée :

LA PONCTION LOMBAIRE, pratiquée systématiquement chez tous les enfants atteints ou suspects de Septicémie Listerienne, ne montra aucun résultat entièrement normal.

- Dans 8 cas le L. C. R. était franchement trouble.
- Dans 3 " " " citrin.
- Dans 6 " " " Xanthochromique.
- Dans 5 " " " Hémorragique.

Onze fois le nombre d'éléments dépassait 300/mm³ avec un pourcentage de Polynucléaires toujours supérieur à 50%.

Il semble enfin que dans 3 cas puisse être retenue une dissociation albumino-cytologique relative avec :

- 12 éléments pour une albuminorachie à 1,10 g
- 80 " " " 1,50 g
- 10 " " " 1,30 g

LA RADIOGRAPHIE PULMONAIRE montre assez fréquemment des images anormales. Dans 7 cas des images diffuses ou systématisées à type de réticulo nodulation ou de nette accentuation de la trame broncho-vasculaire furent retenues.

Par ailleurs, l'existence d'images radiologiques anormales permet lorsque le L. C. R est stérile d'individualiser une forme pulmonaire de Listériose néo-natale à laquelle sera consacré un chapitre particulier.

L' INTERPRETATION DE L'HEMOGRAMME doit tenir compte des variations physiologiques du nombre et de la formule des globules blancs durant la période néo-natale :

Ont été considérées comme des valeurs normales :

- Du premier au 4ème jour: G. B. de 7 000 à 25 000 dont 30 à 70 % de P. N.
- Du 4ème au 8ème jour G. B. de 9 000 à 25 000
- Après le 8ème jour G. B. de 5 000 à 18 000

Dans ces conditions ont été retenues dans les hémogrammes pratiqués à l'entrée :

- 4 Leucocytoses avec Polynucléose (obs. 8, 16, 18, 27)
- 1 Leucocytose lympho monocyttaire (obs. n° 10)
- 4 Leucopénies (obs. n° 14, 23, 24, 28)

Soit au total 9 hémogrammes pathologiques pour 22 septicémies.

L' EVOLUTION DES FORMES SEPTICEMIQUES

Les modalités évolutives globales ont été les suivantes :

- L'évolution vers la mort s'est faite dans 13 cas sur 22 (soit dans 59 % des cas) et, alors que ces 22 malades représentent 78 % des observations étudiées elles résument plus de 90 % de la mortalité des Listérioses néo-natales étudiées.

- Des séquelles ont été notées chez 3 des malades dont un devait d'ailleurs tardivement décéder (obs. n° 9).

- La guérison sans séquelles a été observée chez 7 malades c'est-à-dire seulement dans 32 % des cas.

L'étude des observations concernant les enfants décédés montre le caractère particulièrement redoutable de la forme septicémique de la Listériose néo-natale.

Le pronostic fatal paraît d'autant plus fréquent que la Listériose est disséminée.

Tous les enfants atteints de septicémie qui moururent présentaient un syndrome méningé clinique ou liquidien patent .

10 des 13 enfants qui moururent étaient porteurs d'une éruption.

8 des 10 nourrissons chez qui fut constatée une rhinite décédèrent.

7 des 13 enfants décédés étaient fébriles à l'entrée.

Les pauses respiratoires ou le gasp précédèrent la mort dans 7 cas.

NOMBRE D'ENFANTS QUI DECEDERENT PAR RAPPORT AU TEMPS D'HOSPITALISATION

1er jour	2e jour	3e jour	7e jour	8e jour	9e jour	10e jour	17e jour	27e jour
3	2	3	1	1	1	1	1	1

Enfin, un dernier enfant devait décéder à 16 mois, dans les suites d'une intervention pour une séquelle neurologique de la la Listériose.

PAR RAPPORT A LA DATE D'APPARITION DES SYMPTOMES :

- 7 enfants décédèrent le jour même.
- 4 enfants moururent le lendemain du début des signes cliniques.
- Un nourrisson décédé au 6ème jour semble bien avoir présenté des gémissements dès la naissance mais n'a été hospitalisé que 6 jours plus tard.

Dans un cas, le décès, survenu au bout de 16 mois s'inscrivait dans les suites d'une intervention chirurgicale pour hydrocéphalie.

LES FORMES SEPTICEMIQUES AYANT ABOUTI A LA GUERISON SANS SEQUELLES représentent 7 des 22 septicémies certaines ou probables. Aucune ne fut hospitalisée après la 48 ème heure.

5 présentaient une éruption, 3 une splénomégalie, 4 une hépatomégalie, 2 seulement furent fébriles et dans 3 cas la Radio-thoracique était anormale. Dans tous les cas l'évolution fut rapidement favorable, l'éruption s'atténuant dès le premier jour et disparaissant en 36 à

48 heures, l'hépatomégalie régressa également rapidement et dans aucun cas la persistance des signes cliniques ne dépassa une semaine.

LES FORMES SEPTICEMIQUES SUIVIES DE GUERISON MAIS AVEC DES SEQUELLES sont au nombre de 3, dans chaque cas l'atteinte méningée était importante, il s'agit de 2 hydrocéphalies et dans une observation, de troubles psycho moteurs.

LE DIAGNOSTIC POSITIF de la Septicémie Listérienne repose bien sûr, en premier lieu, sur les données de l'hémoculture et des signes cliniques de dissémination, selon ces localisations on doit encore rechercher L. M dans le L. C. R. , les sécrétions pharyngées et nasales, l'écoulement conjonctival, les vésicules cutanées, les selles et les urines.

Il est nécessaire d'insister sur les investigations bactériologiques et sérologiques qui feront l'objet d'un autre chapitre pour affirmer la Listériose néo-natale qui cliniquement laisse place à un :

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Dans sa forme septicémique, la Listériose peut faire discuter une Syphilis congénitale, des Septicémies néo-natales à Staphylocoques, Colibacilles, Streptocoques, Salmonella, ou Gonocoques ou encore une hépatite virale ; mais c'est surtout 3 affections qui semblent devoir retenir plus l'attention : La Toxoplasmose congénitale, la maladie des inclusions cytomégaliqes et la maladie herpétique néo-natale.

+ LA TOXOPLASMOSE CONGENITALE comme la Listériose est caractérisée par un épisode infectieux maternel de fin de grossesse et à la naissance la fréquence de convulsions, de signes cutanés, d'ictère avec Hepato-Splénomégalie. Mais sont alors spécifiques : La chorio rétinite pigmentaire, les calcifications intra crâniennes, et les arguments biologiques de la déviation du complément et du Dye Test. De toute façon, le tableau est moins aigu et plus progressif.

+ LA MALADIE DES INCLUSIONS CYTOMEGALIQUES expose comme la Listériose à la prématurité, comme elle peut donner un tableau ictéro purpurique avec une note méningée. Mais il n'y a pas de signes cutanés anormaux, et l'examen du culot urinaire et la culture d'urines et de salive trancheront dans les cas litigieux.

+ LA MALADIE HERPETIQUE DU NOUVEAU NÉ :

Elle peut comme la Listériose donner des signes d'atteinte hépatique neurologique et respiratoire, son pronostic est également grave mais les lésions dermatologiques et les arguments viraux et sérologiques sont bien particuliers.

LA FORME MENINGEE PURE

Elle est plus rare que la précédente dans la période néonatale. Sur les 30 observations, 4 formes méningées pures paraissent certaines car les hémocultures pratiquées demeurèrent stériles (obs 6, 15, 25, 29) 4 observations sont probablement des formes méningées pures, de par leur tableau clinique, mais pour elles il n'a pas été fait de recherches bactériologiques dans le sang (obs 1, 7, 11, 3bis).

Ce sont ces 8 observations qui nous retiendront.

Les antécédents obstétricaux se résument ainsi :

- Dans l'observation n° 6 avaient été notés 2 épisodes fébriles au 2ème et 3ème mois de grossesse.
- Pour le n° 29 c'est pendant les 15 derniers jours de grossesse que fut remarqué un épisode fébrile.
- Des leucorrhées purulentes avaient persisté pendant toute la grossesse dans l'observation n° 11.
- Enfin pour les observations 25 et 7 les mères avaient chacune présenté 3 fausses couches dans les antécédents.

A l'accouchement, le liquide amniotique fut une seule fois teinté et méconial (obs. n° 29). Le placenta d'un enfant (n° 7) était bourré d'infarctus, hypertrophié, mais il n'a pas été effectué de prélèvement.

La prématurité beaucoup plus rare que dans la forme septicémique ne fut retenue que dans 2 observations (accouchement prématuré de 1 mois avec P.N 1 600 et 2 400 dans les obs. 3bis et 7).

Dans 5 de ces 8 observations par contre le terme fut atteint et dans 1 cas (obs. n° 11) il fut dépassé de 20 jours.

LE DEBUT CLINIQUE

- Dans 4 observations (n° 3bis, 7, 29, 15) les premiers symptômes apparurent dans les 48 premières heures, mais dans 2 de ces cas (n° 15 et 29) bien que l'hémoculture ait été stérile, il existait des images radiologiques anormales au niveau des poumons.

- Dans les 4 autres observations, comme cela est classique, l'intervalle libre séparant la naissance du début des signes cliniques fut plus long.

Les premiers symptômes furent observés au 5ème, 8ème, 9ème et 20ème jours réalisant les débuts cliniques les plus tardifs de nos 30 observations.

LE TABLEAU CLINIQUE de cette forme méningée, est celui de toute méningite néo-natale :

- Des VOMISSEMENTS ou le REFUS DU BIBERON furent trouvés chez trois nourrissons.
- de la RAIDEUR fut observée 3 fois.
- Une TENSION ANORMALE DE LA FONTANELLE a été notée dans 2 cas.
- L'HYPOTONIE était marquée chez un enfant.
- Dans 6 cas existèrent des PHENOMENES CONVULSIFS, généralisés ou non.
- Quatre fois les réflexes néo-nataux étaient perturbés.

La CYANOSE a été rencontrée 4 fois, et la TEMPERATURE était au dessus de la normale chez 6 malades.

Les signes infectieux évocateurs de Listériose néo-natale sont généralement discrets, à deux reprises fut constatée une conjunctivite, une fois une hépatomégalie et chez 3 enfants une splénomégalie.

Ces symptômes font pratiquer une PONCTION LOMBAIRE.

Le liquide ramené est parfois hémorragique, et même compte tenu du caractère crénelé ou non, des hématies, il est toujours difficile de faire la part d'une éventuelle hémorragie de ponction, toujours possible chez le nouveau-né, d'où le dogme de cultiver tout L. C. R hémorragique.

Le L. C. R peut être plus évocateur par son aspect trouble, ce qui fut le cas dans 7 des 8 observations.

Il peut être simplement xanthochromique comme dans l'observation n° 3 bis .

Le nombre d'éléments retrouvés varia de 1 500 à 82 000/mm³.

L'Albuminorachie eut pour chiffres extrêmes 1,7 g et 12 g.

La formule fut dans 2 cas à prédominance lymphocytaire (90% et 61% de lymphocytes) dans les 6 autres observations, la polynucléose était importante et oscillait entre 53% et 74% du total des éléments.

L'examen bactériologique affirme l'étiologie Listérienne de la méningite, très rarement la présence du germe est reconnue dès l'examen direct, dans la majorité de nos cas c'est la culture du L. C. R qui trancha .

L' EVOLUTION CLINIQUE

- Deux décès sont à déplorer (obs. 3 bis et 11) mais :

Dans l'observation n° 11 il s'agissait d'un enfant qui dès le 8ème jour était somnolent et refusait de se nourrir, et qui, malheureusement ne fut hospitalisé qu'au 15ème jour. La P.L pratiquée immédiatement confirma la méningite à *Listeria*, mais le lendemain de l'admission le nourrisson succédait au milieu de convulsions.

- Dans l'observation n° 3bis , le nourrisson né un mois avant terme, n'avait le jour de son entrée reçu pour seul traitement qu'une perfusion I. V. de 250 000 U de pénicilline, et l'antibiogramme devait par la suite montrer la résistance du *Listeria* isolé à cet antibiotique.

Enfin dans ces deux cas de décès l'hémoculture n'avait pas été pratiquée, il s'agissait de méningites dont le caractère pur n'était que probable à cause des données cliniques.

- La GUERISON COMPLETE s'effectua pour 4 des 8 enfants, avec une disparition rapide des signes cliniques, et une normalisation rapide des enregistrements E. E. G. La NORMALISATION TOTALE du L. C. R s'est dans ces cas effectuée en 2 à 6 semaines.

- Des Séquelles furent observées 2 fois: une Hydrocéphalie pour laquelle fut mise en place une valve (obs. n° 29) et un cas(n°15) de persistance de "signes irritatifs disparaissant en semi somnolence " à l'E. E. G pratiqué un mois et demi après l'admission. Cet enfant n'a pas été revu ultérieurement.

ENTRE LA FORME SEPTICEMIQUE ET LA FORME MENINGEE PURE
existent différentes formes de passage :

- Il peut y avoir coexistence d'une méningite Listerienne et d'une septicémie de dissémination (pétéchies, hépato-splénomégalie).

- L'association méningite et conjonctivite soulève des problèmes pathogéniques (BURDIN).

- Une rhinite Listerienne peut faciliter l'isolement du germe.

FORMES PULMONAIRES PURES

Elles sont difficiles à classer:

1°/ Leur définition ne peut être clinique, étant donné l'inconstance des manifestations fonctionnelles et des signes physiques, et la symptomatologie respiratoire "d'emprunt" des affections neurologiques de la période néo-natale.

2°/ Leur place exacte varie avec l'étude du L. C. R :

Ont été considérées comme formes pulmonaires pures, les cas où l'image radiologique pathologique, ne s'accompagnait ni de méningite (L. C. R stérile), ni de signes patents de diffusion septicémique.

Ainsi sur 30 observations étudiées les n° 4, 16, 18, correspondent aux conditions exigées.

L'individualisation de cette forme paraît justifiée par le fait qu'elle apprend à rechercher une étiologie infectieuse à un syndrome de détresse respiratoire néo-natale.

Sur le plan clinique en effet ces formes se présentent essentiellement comme des inhalations amniotiques :

DYSPNEE, CYANOSE, EXPECTORATION SPUMEUSE ET PURULENTE, GROS RALES à l'auscultation, l'ensemble de cette symptomatologie débute précocement avant la 16ème heure.

A côté de ces formes purement pulmonaires, il a été constaté des signes radiologiques, au cours des Septicémies ou méningites à *Listeria*; précédemment décrites. Ainsi dans 7 observations, la radiographie pulmonaire montrait des images semblables à celles de la forme pulmonaire pure, que nous allons résumer et sur lesquelles est revenu récemment E. WILLICH.

- L'Aspect le plus habituel (7 cas), est celui de l'image réticulo nodulaire diffuse, bilatérale, mêlant une infiltration interstitielle à des nodules plus ou moins volumineux, mais dans d'autres cas, l'image est plus franchement miliaire avec des éléments plus fins évoquant l'origine hématogène.

Enfin des opacités systématisées prédominant dans certains territoires furent notées 4 fois (obs. 4, 16, 19, 29).

Ces images sont parfaitement interprétables comme des obstructions bronchiques satellites de l'inhalation amniotique.

LES MODALITES EVOLUTIVES

- Pour les trois nourrissons présentant des signes radiologiques anormaux en dehors de toute atteinte méningée, l'évolution fut chaque fois favorable.

La dyspnée, la cyanose ou les troubles auscultatoires disparurent rapidement et il fallut moins de 10 jours pour que la radiographie pulmonaire redevint normale. Une guérison rapide et sans séquelle fut obtenue dans ces trois observations de Forme Pulmonaire.

- Parmi les sept enfants qui présentaient une image pulmonaire anormale et chez qui existait une méningite Listerienne, cinq évoluèrent vers la guérison dans les mêmes délais que les trois enfants ci-dessus mentionnés.

Dans deux cas le décès survint rapidement au milieu de pauses respiratoires ou de Gaspes.

LES MODALITES EVOLUTIVES

- Pour les trois nourissons présentant des signes radiologiques anormaux en dehors de toute atteinte méningée, l'évolution fut chaque fois favorable.
- La dyspnée, la cyanose ou les troubles auscultatoires disparaissent rapidement et il faut moins de 10 jours pour que la radiographie pulmonaire redevient normale. Une guérison rapide et sans séquelle fut obtenue dans ces trois observations de Forme Pulmonaire.
- Parmi les sept enfants qui présentaient une image pulmonaire anormale et chez qui existait une méningite listérienne, cinq évoluèrent vers la guérison dans les mêmes délais que les trois enfants ci-dessus mentionnés.
- Dans deux cas le décès survint rapidement au milieu de crises respiratoires ou de Gaps.

FORMES INAPPARENTES DE LISTERIOSE NEO-NATALE

Aucune forme inapparente authentique ne figure parmi les 30 observations étudiées (au sens de la présence de *Listeria* dans un prélèvement local seulement). Nous voudrions cependant faire mention d'une observation d'un type un peu particulier :

Il s'agit d'un nourrisson (n° 27) né à 6 mois et 20 jours adressé à l'hôpital Debrousse pour seule prématurité. L'état était satisfaisant à la naissance et l'examen clinique ne permettait pas de retenir de signes anormaux.

L'examen systématique du méconium pratiqué le lendemain de la naissance met en évidence un *Listeria*. Une Hémoculture est alors pratiquée 3 jours plus tard qui montre également la présence de *Listeria*.

Dans les jours qui suivent, malgré un traitement précoce-ment instauré se développent des pauses cardiaques et respiratoires et l'enfant meurt, âgé de 13 jours.

ERDMANN cite la découverte à deux reprises de *Listeria* dans le liquide amniotique systématiquement prélevé. Pour un enfant il y eut un traitement pénicilliné pour l'autre non, et tous deux guérirent. Il n'existait chez ces enfants aucun signe clinique.

Un 3ème enfant dont la Listériose avait été découverte de la même manière décéda avec des lésions de Listériose hépatosplénique.

CHAPITRE V

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE DE LA LISTERIOSE NEO-NATALE

1°/- LA RECHERCHE ET L'ISOLEMENT DU GERME

La clinique étant peu évocatrice, c'est très souvent la Bactériologie qui affirme le diagnostic.

Chez l'enfant, le germe pourra et devra être recherché dans de nombreux Prélèvements.

Nous ne reviendrons pas sur l'étude de l'hémoculture et du L. C. R déjà envisagés.

Parmi les autres lieux d'isolement du germe, sont particulièrement importants :

- le rhino-pharynx et ses sécrétions
- un éventuel écoulement conjonctival
- les vésicules cutanées
- le méconium ou les selles
- en cas de décès prélèvements nécropsiques

Classiquement le germe est retrouvé dès l'examen direct, soit à l'état libre, soit inclus à l'intérieur de leucocytes sous forme de petits batonnets Gram + , isolés, en amas, ou en courtes chaînettes.

En fait c'est le plus souvent la culture qui affirme le diagnostic.

Les auteurs allemands accordent une grande importance à la recherche du germe dans le méconium de façon systématique comme l'enseigne Potel. LIEBE et DEGEN dans leur publication à propos de 94 cas de listériose, reconnaissent avoir mis en évidence 70 listérioses grâce à cet examen systématique.

Dans leur station de prématurés dans le Mecklemborg , LUDEWIG et OCKLITZ ont pratiqué cette recherche systématique depuis Juin 1959.

En France, LE TAN VINH conseille de faire une recherche bactériologique dans le méconium au moindre soupçon de listériose et au besoin, un toucher rectal pour prélever immédiatement du méconium.

TABLEAU n° 2

	LISTERIA MONOCYTOGENES	E RUSIOPATHIAE	CORYNEBACTERIUM CUTIS	STREPTOCOQUE FECALIS
MORPHOLOGIE	Mobile 20° batonnets gram + trapus isolés en diplo. en palissade	Immobile; rectiligne mince Gram +	Immobile Gram + en amas en palissades	Immobile. Cocci en diplo ou en chafnette Gram +
BOUILLON ASCITE	trouble homogène léger	Léger trouble Ondes moirées	Bouillon clair Dépôt granuleux puis voilé	Trouble homogène dense parfois flo- conneux. Dépôt glaireux
GELOSE ASCITE	Colonies fines lis- des transparentes gris bleuté	Même aspect	Colonies rondes suré- levées, blanches épaisses	Petites colonies brillantes
LAIT TOURNESOLE	Réduit	Non modifié	Non modifié	Coagulé
GELOSE ANG.	B Hémolyse	Pas d'hémolyse	Pas d'hémolyse	Hémolyse + ou -
ESCULINE	Noircit très rapidement	Non modifiée	Non modifiée	Noircit
AZIDE de Na	pas de pousse	pas de pousse	pas de pousse	pousse et virage
H ₂ S	0	+	0	0
POUVOIR PATHOGENE POUR LA CONJONCTIVE	conjonctivite purulente	Rien	Rien	Rien
SOURIS S. C ou I. V	Pathogène mort Lésions nécrotiques, -Foie, Rate, Poumons	pathogène, lésions septicémiques - non spécifiques	non pathogène	non pathogène

Citons, chez la mère, le prélèvement vaginal et celui des lochies = ces dernières présentant une flore riche et variée, P. MONNET conseille aux bactériologistes de s'aider de milieux hostiles aux autres germes : le bouillon salé à 6,5 % ou le bouillon bilié, ou encore d'ajouter du tellurite de K, ou encore de réaliser la pousse à + 4° = température inhibant les autres germes, mais permettant le développement de *Listeria*. Le diagnostic bactériologique de listériose reste néanmoins difficile car les nombreux caractères biochimiques sont communs avec d'autres germes (cf Tableau n° 2) .

Parmi les 30 observations collectées à l'hôpital Debrousse de 1963 à 1966 les résultats des différents prélèvements sont les suivants:

Dans un cas toutes les recherches s'avérèrent négatives , mais il s'agissait d'un enfant qui avait reçu des antibiotiques avant toute recherche bactériologique (obs. n° 2), pour qui le diagnostic fut soupçonné sur une scène clinique très évocatrice alors que les prélèvements vaginaux pratiqués chez la mère montrèrent la présence de *Listeria*.

A 7 reprises le germe fut découvert dans un seul prélèvement

- 6 fois dans le L. C. R
- 1 fois dans l'hémoculture

23 fois	<i>Listeria</i> fut découverte	dans le L. C. R
19 fois	"	" l'hémoculture
13 fois	"	" le rhino-pharynx ou le nez seul
8 fois	"	" au niveau de l'écoulement conjonctival
4 fois	"	" dans le méconium
4 fois	"	" des vésicules cutanées
3 fois	"	" la salive
1 fois	"	" les urines
1 fois	"	" un prélèvement nécropsique du foie
1 fois	"	" " " " du poumon

A l'hôpital Debrousse une recherche de L. M est effectuée systématiquement dans le méconium, dès l'admission de tout prématuré et nouveau-né hospitalisé, depuis septembre 1966; rappelons que pour l'obs. n° 27 c'est la positivité de cette recherche, avant tout signe clinique, qui a permis le diagnostic.

Sur les 28 germes isolés le type d'un seul n'a pas été identifié (obs. n° 11)

- 3 germes sont du type 1
- 24 - - - 4 b

Les différentes associations dans les 30 observations sont les suivantes
TABLEAU N° 3

OBS.	L. CR	Hémoculture	Oeil	Rhino-pharynx	Méconium	Vésicules cutanées	Salive	Urine
1	+							
2								
3	+	+						
3bis	+		+					
4			+	+	+			
5		+	+	+				
6	+							
7	+							
8	+	+	+	+				
9	+			+		+	+	
10	+	+		+				
11	+							
12	+	+		+				
13	+	+		+				
14	+	+						
15	+							
16		+			+		+	
17	+	+	+	+	+			
18		+						
19	+	+						
20		+	+					
21	+	+	+	+		+		
22	+	+						
23	+	+		+		+		
24	+	+		+				
25	+							
26	+	+						
27		+			+			
28	+	+	+	+		+	+	+
29	+			+				

Chez la mère, 10 fois les prélèvements n'ont pas été pratiqués; 15 prélèvements sont demeurés stériles et 5 fois *Listeria* a été identifié dans le vagin.

2°/- DIAGNOSTIC SEROLOGIQUE DE LA LISTERIOSE NEO-NATALE

Dans l'organisme la présence de *Listeria* conduit à la formation d'anticorps, et notamment d'anticorps agglutinants.

Certaines méthodes sérologiques permettent de déceler leur présence. Elles seront utiles lorsque la recherche du germe s'avère difficile ou que les résultats bactériologiques sont douteux; lorsqu'on veut à titre rétrospectif établir le diagnostic de Listériose, enfin ces méthodes présentent un grand intérêt pour l'étude épidémiologique.

Les recherches sérologiques doivent être effectuées avec les antigènes correspondant à chacun des types de *Listeria*.

Pendant la période néo-natale les anticorps n'existent pas encore dans le sang du nourrisson (38 sérologies négatives chez 38 enfants atteints de Listériose dans la statistique de LIEBE DEGEN) et l'étude sérologique portera sur le sang maternel.

Les résultats obtenus par les différents auteurs ne sont pas toujours concordants :

- A propos de 6 Listérioses néo-natales confirmées bactériologiquement, BOBSE trouve chez 4 mères des taux significatifs d'anticorps variant du 1/640 au 1/1280, alors que 2 mères ne présentent pas d'agglutinines.

DANS LES SERUMS DE SUJETS NORMAUX :

- Sur 12 sérums les auteurs Français trouvent 4 taux positifs entre 1/10 et 1/300.

- Etudiant 700 sérums SEELIGER note qu'un tiers des sujets possèdent des agglutinines O et H contre un ou plusieurs types de L. M le plus souvent à un taux de 1/80.

- une constatation inverse a été faite à partir d'un contrôle portant sur 120 sérums : une seule fois des agglutinines furent retrouvées.

Il serait possible que la présence d'agglutinines dans des sérums normaux traduise des affections latentes, inapparentes, mais cela peut être aussi dû à une immunité croisée par infections à entérocoques, staphylocoques (germes présentant des antigènes communs avec les *Listeria*), d'où grande prudence pour l'interprétation de ces séro diagnostics.

Sur le plan pratique il semble :

1 /- Que doivent être considérées comme significatives les réactions d'agglutination avec les antigène O et H de titre supérieur à 1/160.

2°/- Que la montée du titre d'agglutinines à deux examens successifs soit un bon argument en faveur de la Listériose.

3°/- Un taux ascendant d'agglutinines qui s'abaisse sous l'influence du traitement chez une femme enceinte équivaut à un test diagnostic.

On se souviendra enfin que les agglutinines n'apparaissent que 7 à 10 jours après le début clinique de l'affection maternelle, mais qu'elles peuvent persister plusieurs mois, (3 mois et 7 mois pour deux cas relatés par ERDMANN).

L'HEMOGRAMME

Il n'a chez le nouveau né aucune valeur diagnostique, alors que chez l'animal et chez l'adulte est notée une Leucocytose avec Monocytose.

LA REACTION DE FIXATION DU COMPLEMENT

Cette méthode, mise au point par SEELIGER, en 1935, serait plus sensible et plus spécifique que le dosage des agglutinines.

Les anticorps fixant le complément apparaissent dans le sérum un peu après les agglutinines mais persistent moins longtemps. Cette réaction n'a pas été employée à l'Hôpital Debrousse.

PARMI LES 30 OBSERVATIONS qui font l'objet de cette étude les résultats sont les suivants :

- la sérologie chez la mère a été pratiquée 22 fois, 8 fois le séro-diagnostic est resté négatif (sur ces huit fois il a été fait seulement dans 2 cas plusieurs séro-diagnostic).

Les 14 séro-diagnostic positifs se répartissent ainsi, compte tenu qu'on considère comme significative la dilution de 1/200 :

- 8 fois positifs pour le type 4 b.
- 4 fois pour le type I.
- 8 fois en employant pour antigène la souche isolée à partir de leur enfant = "autosouche" (ce dernier séro-diagnostic n'a été pratiqué que 10 fois), donc grosse valeur de la sérologie maternelle faite avec la souche de l'enfant.

A signaler que pour l'observation n° 12, les 2 séro-diagnos-tics recherchés avec les types I et 4b étaient tous deux positifs.

Pour les observations 5 et 10, c'est un L. M 4b qui a été isolé chez l'enfant, alors que seul le séro-diagnostic pour le type I était positif chez la mère.

Les taux de dilution pour les 20 positivités des séro-diag-nostics étaient les suivants :

5	pour la dilution	1/200
4	"	1/400
9	"	1/300
2	"	1/ 1 600

Sur les 14 mères qui présentaient un séro-diagnostic posi-tif il s'agissait 11 fois d'un premier dosage d'agglutinines (mais pratiqué plus ou moins précocement), et dans 3 cas ce sont seulement les 2ème ou 3ème séro diagnostics qui ont été positifs: Il y a donc eu montée des anticorps entre les prélèvements (obs. n° 14, 2, 13) ce qui démontre l'in-térêt de répéter les examens sérologiques chez les mères, lorsqu'un pre-mier dosage précoce est négatif.

On n'a pratiqué que 6 séro-diagnostic chez l'enfant et aucun n'atteint le taux significatif de 1/200, pour les seuls enfants N° 3 et 1 il a été pratiqué un séro-diagnostic à partir de l'autosouche, dans les 2 cas celui-ci était positif mais pour la dilution 1/100 seulement.

CHAPITRE VI

CHAPITRE VI

ANATOMIE PATHOLOGIQUE DES LISTERIOSES NEO-NATALES

DU POINT DE VUE MACROSCOPIQUE

Il est habituel de trouver au niveau des organes atteints des taches blanches bien limitées de 1 ou 2 mm de diamètre. Le nombre de ces taches varie de quelques éléments à un véritable essaimage de l'organe intéressé, et se trouvent aussi sur la tranche de section.

Selon la forme clinique, les organes les plus fréquemment touchés sont : le Foie, la Rate, les Surrénales, le poumon, la muqueuse du tube digestif. Des lésions plus rarement rencontrées ont été également décrites au niveau des reins, du thymus, des ganglions lymphatiques.

La méningite à *Listeria* présente le plus souvent un caractère suppuratif prédominant, et, dans quelques cas peuvent se voir des nodules à la base du cerveau.

Pour LE TAN VINH en l'absence de caractères macroscopiques particuliers au niveau du cerveau l'association d'une méningite suppurée et de nodules au niveau du foie doit être considérée comme très évocatrice.

L'EXAMEN HISTOLOGIQUE

Il révèle (LE TAN VINH) que les taches blanchâtres observées macroscopiquement correspondent à des granulomes Listeriens. Ces granulomes affectent une disposition concentrique avec au centre une zone de nécrose entourée de cellules inflammatoires, et peuvent devenir des zones franchement abcédées. Cette description d'un granulome spécifique de Listériose est aussi celle de HAGEMANN, SIMON, BIENENGRABER; mais la théorie de GAGNON est différente, car pour lui les lésions sont sans spécificité et ne méritent pas l'épithète de granulome. Des lésions de ce type, spécifiques ou non, sont retrouvées par tous au niveau des méninges.

L'examen macroscopique peut être entièrement négatif dans certains cas de Listériose, l'histologie seule révélant des lésions Listeriennes. Signalons enfin qu'il est possible d'identifier le germe après la mort à partir d'un nodule viscéral.

AU NIVEAU DU PLACENTA

Peuvent être évocateurs un excès de poids placentaire, la présence d'infarctus blancs plus ou moins volumineux. Le cordon est normal; macéré, ou verdâtre.

L'examen histologique révèle des lésions inflammatoires à proximité des zones d'infarcissement, le revêtement amniotique est intact, et le chorion peut être infiltré. Ces lésions peuvent aussi renfermer *Listeria*.

DANS LES 15 CAS DE LISTERIOSE DECEDES A L'HOPITAL DEBROUSSE

La vérification anatomique a été effectuée dans 9 observations. Une seule de ces observations concernait une forme méningée pure et dans ce cas ne furent macroscopiquement constatées que des lésions banales de méningite purulente (n° 11).

Cette dernière fut par ailleurs retrouvée dans 6 des observations concernant des formes septicémiques (obs. 19, 21, 22, 23, 27, 28).

Deux fois furent retrouvées des lésions typiques de Listériose nodulaire

- au niveau du foie n° 23.
- au niveau du foie et de la rate n° 28.

Pour les observations n° 12 et 24 l'examen macroscopique demeura entièrement négatif.

L'examen microscopique pratiqué dans huit des neuf cas vérifiés macroscopiquement, confirma chaque fois des lésions, mais surtout dans les 2 observations n° 24, 12 , où l'examen macroscopique avait été négatif, il révéla des lésions typiques au niveau des surrénales comme d'ailleurs dans l'obs. n° 19 où n'avaient été vues macroscopiquement que des lésions de méningite purulente .

CHAPITRE VII

CHAPITRE VII

EPIDEMIOLOGIE DE LA LISTERIOSE ET ETIOPATHOGENIE DE LA FORME NEO-NATALE

FREQUENCE

La Listériose Humaine sous toutes ses formes cliniques a vu sa fréquence s'accroître considérablement durant les dernières années. La plupart des auteurs admettent que l'augmentation rapide et importante des cas reconnus est imputable aux progrès effectués par les Bactériologistes dans le dépistage.

En 1945 à peine 20 cas humains avaient-ils été observés dans le monde. Durant les quinze années qui suivent ce nombre augmente presque de 50 fois... Ainsi en Allemagne la Listériose humaine est diagnostiquée pour la première fois en 1951, et de 1951 à 1956 près de 300 cas sont collectés par SEELIGER qui établit pour l'Allemagne fédérale un report cartographique.

En France P. MONNET en 1956 établit une carte montrant la répartition des cas publiés. De 1921 à 1966, il a été reconnu 141 cas, dont 51 chez des adultes. La majorité des cas se situe au dessus d'une ligne Lyon-Bordeaux, les cas sont multipliés à partir de 1954-1955.

En ce qui concerne la forme néo-natale la fréquence est grande également :

SEELIGER collecte dans la littérature mondiale 600 cas de Listériose, parmi lesquels 260 Granulomatosis infantis septica sont individualisés (les méningites étant classées avec celles du sujet âgé).

En 1966 sur 141 cas Français publiés depuis 1921 MONNET individualise 79 cas qui concernent la période néo-natale. La fréquence des cas étudiés ici se répartit de manière sensiblement égale dans les deux sexes puisque 15 garçons furent atteints de Listériose pour 15 filles. Sur ces 30 cas semble exister une prédominance au printemps et durant l'été puisque 7 cas seulement ont été observés en automne ou en hiver.

A l'hôpital Debrousse, dans les services du Pr JEUNE, Pr Agr BETHENOD, Pr Agr LARBRE, où furent collectées ces cas de 1963 à 1966 l'augmentation de fréquence paraît assez notable puisqu'en 1963 une Listériose seulement était admise alors qu'en 1964 7 cas sont

retrouvés, 7 en 1965, tandis qu'en 1966 15 observations furent rassemblées.

LES SOURCES VIRULENTES

Elles sont représentées par les êtres vivants d'une part et le milieu extérieur de l'autre.

1°) - Les êtres vivants

Dans le groupe des animaux sauvages, les rongeurs représentent le réservoir le plus important ; ils joueraient un rôle prépondérant dans la propagation ou du moins dans la pérennité de la maladie , citons particulièrement les lapins mais aussi le lièvre ; le rat...

Parmi les oiseaux citons la poule.

Listeria Monocytogenes a été retrouvé dans les oeufs. De même le canard, l'oie, la perdrix grise, peuvent réaliser un réservoir de virus. Le pigeon est insensible à la Listériose mais pourrait jouer le rôle de vecteur, car on a pu isoler Listeria Monocytogenes à partir de pigeons en bonne santé.

On connaît le rôle des POISSONS et en particulier de la Truite (Thèse de F. COLLOT, Lyon 1966, Vétérinaire).

Selon OLSUFEU et d'autres auteurs Russes les Ixodes seraient des agents vecteurs, mais GRAY n'a jamais retrouvé le germe chez des tiques prélevées sur des animaux infectés.

Les ANIMAUX DOMESTIQUES constituent également un réservoir avec les bovins et les OVINS (Circling disease décrite pour la première fois en 1931, premier foyer en France en 1943). La chèvre , le porc, le cheval, peuvent également constituer un réservoir.

Les carnivores semblent épargnés mais il faut signaler que HELD a retrouvé le germe chez le chat.

L'HOMME enfin se contaminant à partir des réservoirs animaux constitue aussi une source virulente capitale pour envisager la transmission Mère-Enfant dans la forme néo-natale.

Quant au saprophytisme de Listeria il est actuellement nié par la majorité des auteurs.

2°)- Le milieu extérieur

L'EAU ET LE SOL

LEHNERT en Allemagne et OLSUFEU en Russie ont trouvé le germe dans les eaux courantes. JASINSKA en Pologne l'a isolé à partir d'eau servant à l'irrigation.

SLIVKO l'a trouvé dans les mares et dans le sol.

LES ALIMENTS

Ils paraissent réaliser une source virulente importante, pas tant les Fourrages (GRAY) et les silos (KRUGER) que :

Les oeufs : crus ils sont particulièrement dangereux car la multiplication de *Listeria* à leur intérieur ne modifie ni l'aspect ni l'odeur de l'oeuf. Les oeufs pourraient être souillés à partir des excréments (aucun auteur n'a pu isoler L. M. d'oeufs pondus par des poules contaminées expérimentalement).

Le Lait : Trois mois après un avortement, DE VRIES a retrouvé le germe dans le lait. DONKER-VOET a trouvé un lait comportant 2 000 et à 20 000 *Listeria*/ml.

Mais aux Pays-Bas, où 1% au moins des avortements du bétail sont dus à L. M. VAN HULSEN a cultivé 3 à 4 000 échantillons de lait : il n'a jamais trouvé le germe.

Il semble donc que le rôle du lait dans le mode de contamination soit minime.

La viande. Le danger le plus important serait sans doute représenté par les volailles (GRAY) car leurs lésions sont souvent minimes et passent donc inaperçues. Ensuite vient la viande de porcs, et celle de lapin.

MODES DE TRANSMISSION

Plus directement intéressants dans cette étude sont les modes de transmission de la listériose, non pas tant ceux qui concernent l'infestation de l'adulte, encore qu'ils réalisent l'étape intermédiaire indispensable avant la contamination du nouveau né, que ceux concernant le nourrisson proprement dit.

Dans la première rubrique, concernant l'adulte, la littérature enseigne plusieurs modalités possibles de contagion.

1° - La contamination de l'homme par l'animal :

Ce mode, certainement le plus fréquent chez l'adulte, ne peut être retenu chez le nouveau né, mais intervient indirectement en contaminant les mères.

Il s'agit d'un mode de contamination soit direct par le contact entre l'adulte et l'animal malade, soit, indirect, par l'intermédiaire de la poussière ou des déjections animales, soit enfin par l'ingestion d'aliments souillés.

Les auteurs allemands imputent au lait incorrectement pasteurisé la floraison de Listérioses observée en 1950 dans la région de Halle (ALEX et POTEL) ; la viande de porc crue (GUDKOVA) et les oeufs crus (NICHOLS et WOOLEY) ont été également incriminés.

Parmi les 30 observations qui font l'objet de cette étude, l'origine strictement rurale a été retrouvée 11 fois (Observations N° 1, 2, 10, 12, 13, 14, 20, 25, 26, 27, 28) c'est-à-dire dans 37% des cas. Lorsque l'interrogatoire l'a permis (mais il faut signaler que ce dernier n'a pas toujours été orienté) on a recherché le contact de la mère avec des animaux ou l'ingestion d'aliments suspects durant la grossesse . Six observations ont été retenues : (Obs. N° 1, 5, 14, 23, 24, 27) . Parmi elles citons plus particulièrement :

-- L'observation N° 1 où pendant toute sa grossesse la mère a été au contact d'un élevage de lapins, et, à une date que malheureusement on ignore, a consommé un lapin dont le foie était recouvert de granulations blanchâtres.

-- L'observation N° 24 où l'ingestion d'un lapin 3 semaines avant l'accouchement avait été suivie le lendemain d'un état nauséeux accompagné de frissons.

-- L'observation N° 14 où la mère avait comme animal domes-

tique un chat, qui au moment où elle mit son enfant au monde présenta une infection imprécise traitée par antibiothérapie. Bien que chez cet animal la Listériose soit rare elle a été néanmoins décrite à plusieurs reprises, et est donc possible dans ce cas.

2° - Plusieurs exemples tirés de la littérature, font envisager la possibilité d'une contamination inter humaine

- ATKINSON (1917) relate 5 cas de méningite à *Listeria* chez des enfants fréquentant la même école en Australie.

- PATOCKA, HLOUGAL, MENCIKOWA, rapportent l'histoire d'une femme médecin, qui après avoir pratiqué l'accouchement d'un enfant atteint de Listériose alors qu'elle était enceinte de 6 semaines, mit au monde un enfant qui mourut de Listériose néo-natale.

- ERDMANN en 1958 rapporte le cas d'une puéricultrice d'un centre de prématurés qui fut en contact avec plusieurs enfants atteints de Listériose et mit au monde un enfant porteur de cette affection.

TOAFF et coll. en 1962 mettent en évidence une contamination vénérienne :

- Dans un premier cas, *Listeria* fut découvert dans le sperme d'un homme dont l'épouse avait présenté 6 avortements en 10 ans, une antibiothérapie entreprise chez les deux parents fut suivie d'une amélioration rapide du spermogramme. Deux mois plus tard la femme était enceinte et l'enfant qu'elle mit au monde ne présenta pas d'infection.

- Dans un deuxième cas, la femme avait eu 4 grossesses, la première s'était terminée par un avortement et les 3 autres par un accouchement prématuré avec Foetus macéré. Lors du dernier accouchement on met en évidence *Listeria* dans les sécrétions vaginales, le germe est également retrouvé dans le liquide séminal du mari et le spermogramme est très altéré; seule la femme est traitée et l'enfant, né par césarienne est normal. Bien que le mari n'ait reçu aucun traitement, *Listeria monocytogenes* n'est plus retrouvé dans le sperme.

- Dans le troisième cas, c'est après deux avortements précoces successifs, que sont pratiqués des prélèvements systématiques. Le spermogramme est perturbé et *Listeria Monocytogenes* est trouvé à deux reprises. Après 2 cures d'antibiotiques les cultures de sperme deviennent négatives, rapidement la femme est enceinte et un an après les premières investigations accouche d'un enfant normal.

LE MODE DE CONTAMINATION POUR LA PERIODE NEO-NATALE

Il faut d'abord envisager la définition de cette dernière.

Si en pratique la période néo-natale concerne le premier mois de la vie, la définition internationale s'adresse aux 27 premiers jours. La durée de cette période permet de concevoir que quelquefois (à vrai dire exceptionnellement) puisse être évoquée la contamination inter-humaine, dans une maternité ou dans une crèche. De telles épidémies ont été publiées en effet :

BURN en 1933, LINE et CHERRY en 1952, VAN GELDER en 1959.

Dans la présente étude deux cas paraissent être de ce type: Il s'agit des observations n° 5 et 6, et des N° 23 et 24, où les enfants sont nés le même jour dans la même maternité.

Mais dans l'immense majorité des cas c'est la mère qui transmet l'infection à l'enfant, qu'il s'agisse d'un portage génital antérieur ou le plus souvent d'une infection contractée pendant la grossesse.

La Théorie classique est celle de la transmission placentaire par voie hématogène .

Durant la grossesse la mère est infectée et une bactériémie maternelle permet l'atteinte foetale par voie hématogène.

En faveur de cette théorie existent certains arguments expérimentaux. GREY (1960) inocula des cultures de *Listeria* à des lapines gravides, et selon que l'inoculation était faite au début ou en fin de grossesse il obtint soit des avortements, ou des lapins mort-nés, soit des lapins vivants, mais alors atteints de septicémie.

Par ailleurs, ALEX et POTEL ont mis en évidence l'existence de nodules *Listériens* dans le placenta de mères ayant mis au monde des enfants atteints de *Listériose*. ERDMANN a pu découvrir dans les mêmes cas le germe dans les villosités choriales et dans le sang et l'épithélium du cordon.

Pour certains auteurs la généralisation des lésions *Listériennes* chez le nourrisson serait un argument en faveur du passage trans-placentaire du germe donc de la voie hématogène.

SEELIGER propose le schéma suivant :

L'infection maternelle entraîne une maladie maternelle, il se produit un passage transplacentaire de germe puis son élimination par le rein du fœtus rend compte de la présence de *Listeria* dans le liquide amniotique.

Du point de vue pathologique il est admis que la bactériémie entraîne

chez la mère une élévation thermique responsable du déclenchement de l'accouchement et souvent de la prématurité.

Ainsi, se pose le problème de l'étiologie d'un épisode fébrile au voisinage de l'accouchement, car les formes évidentes de Listériose maternelle sont exceptionnelles, et, partant, très peu d'épisodes étiquetés "pseudo grippaux" sont expertisés.

Le diagnostic est seulement soupçonné a posteriori devant la maladie de l'enfant.

Parmi les observations rapportées dans cette étude, existent 7 cas d'épisodes fébriles survenus ou persistant moins d'une semaine avant l'accouchement (soit 24 % des cas).

Il s'agit des observations n° 10, 18, 20, 27, 28, 29, 21.

Parmi les 7 enfants seul le N° 29 est né à terme ; pour les autres il semble bien que l'épisode infectieux ait déclenché le travail et la prématurité. Par ailleurs un syndrome infectieux avait eu lieu au 3ème mois (obs. N° 6), entre 15 jours et un mois avant l'accouchement (N° 3, 4, 22, 29), et dans l'obs. N° 24 une cystite sans fièvre avait été notée 20 jours avant l'accouchement (Episodes infectieux pendant la grossesse, notés dans 43 % des cas).

LE DEUXIEME GRAND MODE DE CONTAMINATION INVOQUE EST L'INFESTATION DE L'ENFANT AU PASSAGE DANS LES VOIES GENITALES CONTAMINEES.

Selon JOHNSTON l'enfant, pendant l'accouchement, inhale ou déglutit des sécrétions vaginales infectées.

Il peut s'agir soit d'une vaginite à *Listeria* soit, d'une infection urinaire à *Listeria* entraînant une contamination vaginale secondaire. Les symptômes et les lésions prédomineraient alors au niveau des voies aériennes et digestives, le début clinique serait plus tardif et l'évolution moins grave.

UN DERNIER MODE DE CONTAMINATION POSSIBLE EST L'INFECTION ASCENDANTE PAR CONTIGUITE .

Le germe à partir du col utérin, se propage dans l'oeuf, celui-ci gardant ou non ses membranes intactes.

K. BERNISCHKE fait remarquer que cette voie est normale pour les bactéries telles que *E. COLI* et *Staphylocoques*; la voie trans-

placentaire serait plutôt celle reconnue pour les virus et les parasites (ex de la Toxoplasmose).

Pour MONNET les arguments invoqués pour la voie hémotogène transplacentaire ne s'inscrivent pas à l'encontre de la voie ascendante. L'infection ascendante peut en effet engendrer d'authentiques lésions placentaires spécifiques.

On ne possède que peu d'arguments pour affirmer la véracité de cette théorie, si ce n'est le cas des jumeaux évoqué par BERNISCHKE

Dans la majorité des cas seul le premier né est atteint, parfois l'un et l'autre, jamais le dernier né isolément.

L'auteur Américain met ce fait en rapport avec la position habituelle des jumeaux in utero, l'un au dessus de l'autre.

" Dans la littérature sont retrouvées 4 paires de jumeaux en rapport avec la Listériose néo-natale :

= Observ. de SEELIGER et BECKER en 1955 : seul le premier né fut atteint au 13ème jour de la vie.

= Observ. de PICHOT-JANTON en 1962 : Deux vrais jumeaux dont un seul fut contaminé sans que son rang de naissance soit indiqué.

= Dans l'Observ. de LODA et SELL en 1963 seul fut atteint de façon certaine le 2ème né, le premier ne l'ayant été que de façon possible.

= Observations de DESBUQUOIS où les jumeaux furent tous deux atteints au 2ème jour d'une forme septicémique et décédèrent " (MONNET Revue de pathologie comparée). Ces données sont donc trop fragmentaires pour permettre de juger la valeur de cette théorie.

Signalons à ce propos l'éventualité constatée par RAPPAPORT d'un portage génital de *Listeria*.

Sur 34 femmes ayant présenté des avortements à répétition 25 présentaient un portage génital à *Listeria*; dans 3 de ces cas des femmes enceintes non traitées avortèrent et une fois d'ailleurs *Listeria* fut isolé du liquide amniotique. Huit femmes enceintes furent traitées et menèrent à terme une grossesse normale. Quatorze femmes furent vues en dehors des grossesses parmi elles une seule fut enceinte et présenta un avortement au cours duquel *Listeria* fut isolé du liquide amniotique.

Des conclusions inverses sont données par RUFFOLO à propos de 100 cas d'avortements à répétition et Mac NAUGHTON a propos de 78 cas identiques : aucun ne retrouva *Listeria*.

Parmi les 30 observations étudiées ici 20 fois furent effectués des prélèvements vaginaux chez des mères ayant mis au monde des enfants atteints de Listériose néo-natale. Dans 6 des cas les prélèvements

permirent d'isoler *Listeria Monocytogenes*. Sur les 30 observations seules 5 mères avaient, auparavant, présenté une ou plusieurs fausses couches, pour 3 d'entre elles les prélèvements vaginaux sont demeurés stériles, (Obs. N° 25, 16, 20) une mère portait un *Listeria* dans le vagin , (N° 24) enfin pour la dernière il n'a pas été effectué de prélèvement vaginal (N° 7).

Le rôle de l'INHALATION AMNIOTIQUE pourrait être enfin particulièrement important dans les formes pulmonaires de la maladie (mais nous n'avons aucun prélèvement de liquide amniotique).

Nous n'avons pas pu mettre en évidence de parallélisme entre les formes pulmonaires ou à début conjonctival et les difficultés et la longueur de l'accouchement.

CHAPITRE VIII

CHAPITRE VIII

TRAITEMENT DES LISTERIOSES NEO-NATALES

Le traitement actuel des Listérioses néo-natales repose sur:
L'ETUDE DU POUVOIR BACTERIOSTATIQUE

La sensibilité de *Listeria*(MARTIN et coll.) est, in vitro, très bonne vis à vis des SULFAMIDES et des TETRACYCLINES ; la CHLOROMYCETINE et l'ERYTHROMYCINE sont aussi efficaces; le germe est peu sensible à la Pénicilline, Polymyxine, et Colimycine ; il devient vite résistant à la Streptomycine.

Le meilleur BACTERICIDE serait représenté par la PENICILLINE, celle-ci agissant en synergie avec les sulfamides et la STREPTOMYCINE.

Le passage hémoméningé doit intervenir dans le choix des médicaments. Les Sulfamides et les tétracyclines administrés par voie parentérale passent bien, la Pénicilline également surtout s'il existe une inflammation méningée.

Certaines réserves doivent être faites sur le Chloramphénicol, actif certes sur *Listeria* mais dangereux dans la période néo-natale et qui partant "n'a rien à faire dans son traitement" (MONNET) , puisqu'on dispose habituellement d'autres antibiotiques actifs.

Les associations classiques sont :

- Pénicilline I. V. 2 M d'U/jour
- Streptomycine 0,25 g/jour en 2 injections I. M.
- Sulfamides 30 à 40 cg/kg/jour en cas d'atteinte méningée.
- Streptomycine intra rachidienne 12, 5 mg pour une injection.

ou bien :

- Tétracyclines I. V. 50 mg/kg/jour
- Sulfamides I. V. aux doses précédentes.
- Streptomycine I. R. éventuellement.

Dans les 30 observations étudiées à l'Hôpital Debrousse ,

les sensibilités aux différents antibiotiques étaient les suivantes :

Sur 30 malades 1 antibiogramme n'a pas été pratiqué.

Pour un enfant l'antibiogramme, à partir du L. C. R. était dissocié d'avec celui pratiqué sur le germe isolé dans le nez (Obs. N° 13):

- dans le L. C. R. et l'hémoculture *Listeria* était sensible à : Furadoïne, Pénicline, Pénicilline, Chloromycétine, Flabelline, Streptomycine, Kanamycine, Erythromycine, Novobiocine, Tétracyclines, Oxacilline, Thiazomide, Sulfaméthoxypyridazine, Rufol, Adiazine, Amidozol, Justamil, Uractyl.

- dans le nez, le germe isolé est sensible à : Erythromycine, Tétracycline, Kanamycine, Streptomycine
résistant à : Oxacilline, Pénicline, Flabelline, Sulfamides, Pénicilline, Rifocine, Furadoïne, Chloromycétine, Novobiocine.

Pour deux enfants était dissociée la sensibilité aux Sulfamides, (N° 12 L. C. R. et hémoculture et N° 24).

Pour les autres observations le TABLEAU n° 4 résume la sensibilité du germe en fonction du nombre d'antibiogrammes pratiqués.

ANTIBIOTIQUE	germes sensibles/ germes testés	Posologie habituelle
STREPTOMYCINE	29/29	20 à 30 mg/kg
KANAMYCINE	26/26	10 à 15 mg/kg
NEOMYCINE	16/16	
AMPICILLINE	14/14	100 mg/kg
TETRACYCLINES	26/27	30 à 50 mg/kg
PENICILLINE	21/26	150 000 U/kg
FLABELLINE	19/21	100 mg/kg
PENICLINE	11/12	100 mg/kg
OXACILLINE	13/19	100 mg/kg
ERYTHROMYCINE	26/27	100 mg/kg
CHLOROMYCETINE	23/26	20 mg/kg
NOVOBIOCINE	14/18	
OLEANDOMYCINE	3/3	
RIFOCINE	15/16	

POLYMYXINE	0/4
COLISTINE	1/7
NITROFURANES	3/6
SULFAMIDES globalement testés	5/11
SULFAMETHOXYPYRIDAZINE	4/11
THIAZOMIDE	3/10
JUSTAMIL	2/11
URACTYL	4/8
ADIAZINE	4/10
AMIDOZOL	3/8

Il existe donc une bonne sensibilité aux antibiotiques signalés comme efficaces, dans la littérature; par contre, une nette discordance est retrouvée pour les Sulfamides, qui sont dans cette statistique trouvés très peu actifs. Rien, en particulier dans la manière de pratiquer les antibiogrammes ne permet d'expliquer cette divergence.

INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Le traitement d'une méningite purulente ou d'un tableau septicémique avant l'identification du germe est habituellement bien codifié et ne sera pas envisagé ici. Avant que la nature du germe soit connue, il paraît préférable d'administrer un autre antibiotique que les Tétracyclines qui, par ailleurs diffusent mal dans les méninges.

Les associations d'antibiotiques précédemment indiquées doivent être employées en cas de Listériose confirmée, et éventuellement modifiées selon les données de l'antibiogramme.

La durée d'un traitement triantibiotique, intensif, précoce, semble être de l'ordre de 3 semaines.

PROPHYLAXIE DE LA LISTERIOSE NEO-NATALE

Afin d'assurer la prophylaxie de la Listériose néo-natale, les auteurs Allemands préconisent :

- D'une part l'amélioration de l'hygiène à la campagne. Il faut informer et instruire les infirmières et les assistantes sociales des infections prénatales, pour que les femmes enceintes prennent conscience de la nécessité d'une hygiène personnelle scrupuleuse, et des dangers du voisinage des animaux, surtout malades.

L'absorption d'aliments non cuits (oeufs, lait, viandes ?) doit être déconseillée.

- D'autre part l'utilisation des méthodes diagnostiques semble un élément prophylactique important : Pratiquer des recherches microbiologiques dans les urines et les sécrétions cervicales serait souhaitable en cas d'avortements répétés, d'infection urinaire et de leucorrhées.

Les investigations sérologiques se feront chaque fois qu'il y aura soupçon de Listériose; on a pu aller jusqu'à les proposer systématiquement au 3ème et 8ème mois de grossesse (LIEBE, DEGEN).

Certains auteurs (MONNET) pensent que la méthode sérologique n'a pas encore fait preuve d'assez de validité et de constance pour que ses résultats puissent faire envisager un dépistage systématique.

La méthode prophylactique la plus fructueuse apparaît pour l'immédiat l'expertise bactériologique de toutes les infections fébriles survenant au cours de la grossesse, qu'elles revêtent l'aspect d'un épisode pseudo-grippal, d'une infection génitale, ou d'une pyélonéphrite.

Il faut alors pratiquer hémocultures et urocultures.

Dans l'éventualité exceptionnelle d'un conjonctivite survenant en cours de grossesse le prélèvement sera utile.

Dans la littérature, existe un cas (SEELIGER) de méningite purulente de la mère à *Listeria* traitée pendant la grossesse, et l'enfant mis au monde fut normal.

En cas d'accouchement fébrile il sera de première importance de rechercher le germe dans les lochies, le liquide amniotique et le méconium, et au moindre soupçon de syndrome infectieux, chez l'enfant, dans son sang et son L. C. R. Il faut instituer un traitement sans en attendre les résultats (BETHENOD, MAGNIN, NIVELON = Rapport XXI des Pédiatres Langue Française - PARIS 1967).

CONCLUSIONS

La Listériose, anthroponose dont l'agent responsable est *LISTERIA MONOCYTOGENES*, paraît en recrudescence dans sa forme néo-natale, ce qui semble imputable aux grands progrès effectués dans le domaine bactériologique.

L'étude de 30 observations collectées dans trois services de pédiatrie de l'Hôpital Debrousse entre 1963 et 1966 retrouve l'existence de 2 grands types cliniques :

- Une forme septicémique, fréquemment accompagnée d'une éruption très évocatrice lorsqu'elle est vésiculo purpurique, ou maculo papuleuse, d'une conjonctivite purulente, d'une rhinite et d'une pharyngite Listériennes. Cette forme a un début particulièrement précoce; son évolution est redoutable. C'est l'aspect le plus fréquent de la Listériose néo-natale. A l'intérieur de cette forme, l'existence dans certains cas de signes radiologiques pulmonaires, alors que la P. L. ramène un L. C. R. normal et stérile, permet d'individualiser une Forme Pulmonaire dont l'évolution est moins péjorative.

- La deuxième grande forme clinique est la forme méningée pure qui s'oppose à la précédente par sa moindre fréquence dans la période néo-natale, son début plus tardif, son pronostic vital meilleur. *Listeria* présente une bonne sensibilité aux antibiotiques usuels Streptomycine, Tétracyclines,.....

Le problème actuellement le plus important paraît celui de la reconnaissance précoce de la Listériose néo-natale, grâce à sa symptomatologie mais aussi par expertise (et traitement) de tout épisode infectieux ou fébrile chez la mère durant la grossesse, et grâce aux tests biologiques (Séro-diagnostic, prélèvements vaginaux, culture de liquide amniotique) nécessitant une étroite collaboration entre le Pédiatre et l'Accoucheur.

BIBLIOGRAPHIE

- ALEX et POTEL, Listériose und Schwangerschaft, Geburtshilfe und Frauenheilkunde, 1953, 13 , 651.
- ALISON F., Les infections du prématuré. La revue du Praticien 1967 , 17 , 617-634.
- BARBER M. and oth. Maternal and Neonatal Listeriosis. Report of case. British Medical Journal 1965, 2 , 735-738.
- BERNISCHKE K., Routes and types of infection in the Foetus and Newborn. Amer. Jour. Dis. Child, 1960, 99 , 714.
- BERTOYE A., GUILLERMET F.N., Vie Médicale, 1962, 43, 105-106.
- BETHENOD M. , L'infection du nouveau né. Revue Lyonnaise de médecine (Journées Lyonnaises 1966) 53-57.
- BETHENOD M., CHASSIGNOL S., NIVELON J.L., COTTON J.B ;
BADINAND P. , Etude bactériologique des infections du nouveau né et du prématuré. Strasbourg, 1966, Bristol, edit. , 41-55.
- BRET A.J., COUPE Cl., SELLE R., THIBAUT P., Méningites à *Listeria Monocytogenes* du nouveau-né. Un cas de guérison. Archives Françaises de Pédiatrie 1957, 14 , 198-301.
- BRET A., DURIEUX R., Infections maternelles et néo-natales à *Listeria Monocytogenes*. La Presse Médicale 1960, 68, 2031-2032.
- BRET A.J., VALENTIN , De LESTAPIS , Septicémie à *Listeria Monocytogenes* chez une femme enceinte. Avortement consécutif. Revue franc. de GYN. et Obst. 1960, 55 , 143-147.
- BRET A.J., GODLEWSKI S., VALENTIN , SELLE, KHOCHIEWSKI ,
COUPE Cl., Infections *Listeria*. Gazette médicale de France, 1960, 67, 1717-1724.
- BRETON A et Coll., Contribution à l'étude des Listérioses infantiles. Gazette des Hôpitaux, 1959, 3 , 75-89.
- BRUNET C., CHASSIGNOL S., MOULIN A., Floraison de Listérioses observées dans un service de Pédiatrie Lyonnais en 1964. Presse Méd. 1965, 2 , 173 .
- BURDIN J.C., PERCEBOIS G., DE LAVERGNE E., Listériose humaine. Considérations biologiques et épidémiologiques. Semaine des hôpitaux de Paris. 1962, 38 , 772.

- BURDIN J. C. , PIERSON M. , DE LAVERGNE E. , Conjunctivite du nouveau-né à *Listeria Monocytogenes*, à propos de 2 Observations. Bulletins et Mémoires. Société médicale des Hôpitaux de Paris, 1964, 115 , 921-926.
- BUREAU(Mme), La listériose animale et humaine. A propos d'un cas de méningite guérie chez un nouveau-né. Thèse Nantes 1962 n° 185.
- BURN C. G. , Clinical and pathological faetures of infection caused by a new pathogen of the germs *Listerella*. AM. J. Path. , 1963, 12, 341.
- COIRAUD , Méningite néo-natale à *Listeria*. Guérison. Bulletin de la Fed. soc. gynec. et d'obstétrique de France, 1965, 4, 352.
- COLLOT François, La Listériose de la Truite. Thèse 1966, Lyon n° 15.
- COULOMBIER G. , Un cas de méningite à *Listeria Monocytogenes* chez un nouveau-né. Les Listérioses Humaines. Thèse 1955, Paris n° 116.
- COULOMBIER G. , SARRAUT S. , ALISON F. , ROSSIER A. , La Listériose du nouveau-né. Archives Françaises de Pédiatrie, 1956, 13, 943-960.
- COUTEL Y. et Coll. Listériose méningée néo-natale (2 cas), Semaine des Hôpitaux de Paris. Pathologie Biologie 1960, 8 , 1437-1441.
- COUVREUR J. , La Listériose. Vie Médicale, 1963, 44 , 135-138.
- DESBUQUOIS G. , BOULARD P. , JOBARD P. , POMMIER A. , BENATRE A. , MERCAT C. , La Listériose congénitale septicémique en Touraine. Rev. Med. Tours, 1963, 4 , 317-332.
- DONKER-VOET, J. Epidemiology of Listeriosis. T. DIERGENEESK. 1962, 87 , 1657-1663.
- DUBOIS O. , LEFEBVRE C. , Aspects épidémiologiques des infections à *Listeria* chez le nouveau né. Pédiatrie 1965, 20 , 533-543.
- DUMONT M. , Listériose et Grossesse. Revue de pathologie comparée 1965, 772 , 583-588.
- DUNGAL N. , Listeriosis in four siblings. The Lancet 1961, 2 , 513-516.
- DURIEUX-NANTAS (Mme R), Contribution à l'étude des Listérioses du nouveau-né à propos d'un cas de guérison de Méningite à *Listeria Monocytogenes*. Thèse 1959, Paris n° 721 .
- EASTON, *Listeria Monocytogenes* Meningitis in Neonatal, The Lancet 1962, 2 , 665-666.

- EKELUND H., and oth. *Listeria* infection in the foetus and the newborn. Aclinical pathological and epidemiological study. *Acta Paediat.* 1962, 51, 697-711.
- ENJALBERT L., LARENG M.B., JEOFFRE A., Actualité des Listérioses. *Revue médicale de Toulouse* 1966, 2, 457-465.
- ERDMANN G., POTEL J. *Listeriose* der neugeborenen; granulomatis infantiseptica, bisher die sogenannte pseudotuberkulose bei argyrophilen sepsis. *Zeitschrift für Kinderheilkunde*; 1953, 73, 113-132.
- ERDMANN G. et Coll., A propos de l'aspect clinique de la Listériose du nourrisson. *ANN Paed* 1958, 190, 147.
- EVREUX R., Les Listérioses. *Rev. d'hyg. Med. Soc.*, 1962; 10, 267-277, 586-602.
- FRADIN J., ISIDOR P., Un cas de Listériose placentale foetale spécificité histologique des lésions placentaires. *Bull. FED. Soc. Gynec. Obstet. Franç.* 1964, 16, 521-525.
- GAGNON, MARTINEAU B., Méningoencéphalite à *Listeria Monocytogenes*. Présentation d'un cas. *Annales Anat. Path.* 1959, 4, 91-108.
- GELDER, D.W. VAN, CAREY D., COLVIN S.H., RANDALL W.S., Neonatal infection in a communitie hospital. Report of 400 outheats. *J. A. M. A.*, 1959, 169, 559-566.
- GRAY M. L., *Listeria Monocytogenes*. *Arch. Ped.* 1959, 76, 488.
- GRAY M. L., Epidemiological aspects of Listeriosis *Amer. J. Publ. Health* 1963, 53, 554-563.
- GRISLAIN J. R. et Coll., La Listériose néo-natale. *La Médecine infantile* 1964, 5, 317-325.
- HAGEMANN U., SIMON H., BIENENGRABER A., *Listeria* Infectkion in premature infant Zentralbalt für algemeine. Pathologie und pathologische anatomie 1953, 90, 17.
- HOEPRICH P. O., Infections due to *Listeria Monocytogenes*. *Medicine* 1958, 37, 143.
- HOOD M., Listeriosis Report of ten cases. *Amer. J. Path.* 1957, 28, 18-25.
- HOOD M., Listeriosis as an infection of pregnancy manifested in the newborn *Pediatrics*. 1961, 27, 390-396.
- JARRIAU Ph., CAMUS E., HAREL L., La Roche sur Yon, La Listériose du nouveau-né à propos d'une observation nouvelle. *Ouest Médical*. 1958, 757-763.

- JOHNSTON WH., MORTON SA., WONG MH., ROY TE., Septicemia of the newborn due to *Listeria Monocytogenes*. CANAD. Med. AS. J. 1955, 73, 402-405.
- LAFLEUR L., MARTINEAU B., Listeriose péri natale 10 observations de 1960 à 1964, UN. Med. Canada 1964, 93, 1387-1393.
- LANGER H., L'importance de la toxoplasmose et de la Listériose pour l'accoucheur, Bull. Fed. Soc. Gyn. et Obst. de Langue Française, 1960, 12, 124.
- LAPEYSSONIE L., *Listeria* et Listérioses. Données récentes de Biologie et d'épidémiologie. Biologie médicale 1959, 48, 2.
- LAUMONIER R. et Coll., L'Anatomie Pathologique des Listérioses Humaines. Arch. anat. path. 1962, 10, 18.
- LE TANVINH, Etude anatomique de quelques cas de Listérioses congénitales. Journées Pédiatriques, 1963, 239-248.
- LELONG M., La Listériose du nouveau-né. Journées pédiatriques 1960, 23 Avril, 205-212.
- LIEBE S., DEGEN R., Die Neugeborenen Listeriose. Arch. f. Koerhkunde, 1966, 3, 320-331.
- LINE FG, APPLETON EG., *Listeria* Meningitis in a premature infant The Journal of Pediatrics 1952, 41, 97-99.
- LINE et CHERRY, Meningitis due to *Listeria Monocytogenes* Report of TWO cases. The jornal of American Medical Association. 1952, 148, 336-369.
- LINZENMEIER C., KROOP K., LUCHTRATH H., Listeriose bei Neugeborenen. Zeitschrift für Kinderheilkunde. 1955, 73, 505-512.
- LODA F., WOOD SELL SH., Meningites in newborn infants due to *Listeria Monocytogenes* South Med. J. 1963, 56, 872.
- LUDEWIG I., OCKLITZ H. W., Données de l'expérience sur la Listériose dans une station de prématurés dans le Mecklenbourg. Mschr Kinderheilk 114 BD Heft, 1966, 377-381.
- LUTTOR Ch., A case of Neonatal death due to Listeriosis and a review of the problem. AJ. Obst. and Gynec. 1958, 75, 759.
- LYONNET R., VERRIER J. P., GONNET J., Quatre observations de contamination foetale au cours de Listerioses chez la femme enceinte. Lyon Médical 1966, 32, 211-215.

- MAIN DE BOISSIERE et Coll. , Méningite néo-natale causée par *Listeria Monocytogenes*. Arch. Franç. Ped. 1961, 18 , 99-103.
- MARTIN R. , SUREAU B. , VIAL H. , Le traitement des infections Listériennes. Vie Méd. 1962, 43 , 1616-1626.
- MARTIN Cl. , BEAUVIEUX Y.J. , Trois cas de Listériose néo-natale guérison. Journal de médecine de Bordeaux 1965, 10 , 1641-1651.
- MAERTINEAUX B. , Méningites à *Listeria Monocytogenes* chez le nouveau né. L'union médic. du Canada. 1959, 63 , 679-690.
- MEISSER B. , La Listériose. Médecine et hygiène, 1965, 678, 237-238.
- MONNET P. et Coll. , Listériose nodulaire disséminée du nouveau-né. Semaine des Hôpitaux. Ann. de Péd. 1960- 2301/P 401-2303/P 403.
- MONNET P. , CHASSIGNOL S. , Diagnostic Biologique de la Listériose humaine. Lyon. Médical 1966, 1245-1271.
- MONNET P. , Listériose néo-natale. Revue de Pathologie comparée, 1965 , 772 , 555-582.
- MONSALLIER J.F. , Les Listérioses humaines, R.M.F. 1956, 95-100.
- NEIMANN N. , MANCIAUX M. , GENTIN G. , Méningite Listérienne du nouveau né. Cinq observations nouvelles. Ann. Méd. Nancy 1963, 2 , 863 - 972 .
- NICHOLS W. , WOOLEY P.V. , *Listeria monocytogenes* méningiis. Observations based on 13 cases reports and a consideration of recent litterature. J. of. Ped. 1962, 61 , 337-350.
- NIVELON J.C. , Les Listérioses humaines. Cahiers Médicaux Lyonnais, 1963, 39 , 513- 519.
- PANAGET J. , Sur 11 cas de Listérioses néonatales. Thèse. Rennes 1962.
- PATROCKA. F. , KLOUGAL L. , NENCIKOWA E. , Beitrag. Zur. Menschlichen. Listeriose Schw. Med. Wschr. 1956, 86 , 808-811.
- PICHOT - JANTON G. , COUTEL X. , PANAGET J. , JESSEQUEL Ch. , Réflexions à propos de 11 cas de Listériose du nouveau-né Arch. Franç. Péd. , 1962 , 19 , 1363-1377
- PIGEAUD H. , GONNET G. , COURTIEU A. , Mort précoce du nouveau-né par infection à *Listeria*. Bull. de la Féd. des Soc. de Gyn. et Obst. 1960, 12, 70 .

- PINO CM ., La Listeriosis humana con. especial. referencia al recién nacido. Rev. Chil. Pediat. 1963, 34 , 616-633.
- POTEL J., Weitere. Untersuchungen. über. den Erreger der. granulomatosis infantiseptica.
Zentralblatt für Bakteriologie, 1952, 159 , 86-87.
- POTEL J., Zur. granulomatosis Infantiseptica
Zentralblatt für Bakteriologie 1952, 159-331.
- RAPPAPORT , RABINOWITZ M., TOAFF R., KROCHIK N.,
Genital Listeriosis as a cause of repeated abortion.
The Lancet, 1960 , 7137-1273.
- RAY G.G., WEDWOOD R.J., Néo-natal Listeriosis.
Pediatrics 1964, 34 , 378-392.
- REISS H.J., POTEL J., KREBBS A., Granulomatosis Infantiseptica,
eine, Allgemeine Infektion bei Neugeborenen und Säug-
lingen mit miliare granulomen.
Zeitschrift für die gesamte innere. Medizin 1951, 6, 451.
- ROBIN L.A., MAGARD H., Contribution au diagnostic bactériologique
des méningites à Listeria Monocytogenes.
Ann. Institut Pasteur 1960, 99 , 905-915.
- ROBIN L.A., LAUMONIER R., FLEURY J., MAGARD H. ,
Contribution à l'étude de la Listériose humaine à propos de
six nouveaux cas.
Presse Médicale, 1960, 68 , 1617, 1620.
- RUFFOLO E.H. and oth.
Listeria Monocytogenes as a cause of pregnancy wastage
Obst. Gyn. 1962, 19, 533.
- SCHIELLE R., FRIEDEL E. , Diagnostische Probleme der Listériose
bei neugeboren. Kinderärzt Praxis 1965, 33 , 403.
- SEDAILLAN P. et Coll. , Pneumopathies aiguës à Listerella.
Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. 1949, 65, 36.
- SEDAILLAN P., BERTOYE A., CARRAZ M., Les Listérioses humaines
J. Méd. Lyon, 1949, 30, 589-593.
- SEELIGER H.P.R. , Listeriosis
S. KARGER, Basel , New-York, 1961.
- THAN-TRONG-HIEN , La place des Listérioses en pathologie maternelle
et néo-natale.
Thèse Médecine Paris 1963.

- THIBAULT P., Listériose et Vibriose,
Gazette Médicale de France, pathologie comparée, 1966,
73 , 3647-3656.
- TISON-AMIEL C. et Coll. , A propos de 7 observations de Listérioses
néo-natales. Discussion de quelques problèmes actuels.
Pédiatrie, 1963, 18, 543 556.
- TOAFF R. , KROCHIK N. , RABINOVITZ M. , Genital Listeriosis in
the male. The Lancet, 1962, 2 , 482-483.
- TROISIER S. (Mme), PASQUIER H. , Listériose et Grossesse.
Bull. Fed. Soc. Gynec. Obst. 1958, 10, 5 16 519.
- VIALATTE J. , SATGE P. , CHARREAU J. , Listériose du nouveau-né
remarque sur la clinique et la prophylaxie; à propos de 8
cas. Arch. Franç. Pédiat. 19, 773-779.
- VOILQUIE G. , Contribution à l'étude des infections humaines à *Listeria*
monocytogenes, à propos de 5 cas récents.
Thèse Lyon, 1959.
- WILLICH E. , A new pulmonary manifestation of Listeriosis in newborn
babies ; the interstitial pneumopathy. *Annales de Radio-*
logie 1967, III IV , 255-288.

TABLE DES MATIERES

	<u>Page</u>
- INTRODUCTION	
- CHAPITRE I - HISTORIQUE	4
- CHAPITRE II - BACTERIOLOGIE	7
- CHAPITRE III - LES TRENTÉ OBSERVATIONS	14
- CHAPITRE IV - ETUDE CLINIQUE DE LA LISTERIOSE NEO-NATALE	73
- Généralités	73
- La forme septicémique	75
. étude clinique	75
. évolution	78
. diagnostic	80
- La forme méningée pure	82
. étude clinique	82
. évolution	84
- La forme pulmonaire pure	85
- Les formes inapparentes	87
- CHAPITRE V - DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE	88
1 - Recherche et isolement du germe	88
2 - Diagnostic sérologique	92
- CHAPITRE VI - ANATOMIE PATHOLOGIQUE	95
- CHAPITRE VII - EPIDEMIOLOGIE et ETIOPATHOGENIE	97
- Fréquence	97
- Sources virulentes	98
- Modes de transmission	100
- CHAPITRE VIII - TRAITEMENT et PROPHYLAXIE	106
- Traitement	106
- Prophylaxie	108
- CONCLUSIONS	110
- BIBLIOGRAPHIE	111

VU, le Doyen :

J. F. CIER

Le Président de la thèse :

Professeur JEUNE

VU et permis d'imprimer

LYON, le 25 avril 1967

Le Recteur, Président du
Conseil de l'Université

P. LOUIS

